平成18年4月改正概要（愛知県版）

（平成19年3月版）

都道府県が指定・監督を行うサービス	対　象
【居宅サービス】 ・訪問介護 ・訪問入浴 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 ・通所介護 ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護、短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・福祉用具貸与・福祉用具販売 【居宅介護支援サービス】 ・居宅介護支援 【施設サービス】 ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	介護給付 （要介護者） （経過的要介護者）
【介護予防サービス】 ・介護予防訪問介護 ・介護予防訪問入浴 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防居宅療養管理指導 ・介護予防通所介護 ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護 ・介護予防特定施設入居者生活介護 ・介護予防福祉用具貸与、介護予防福祉用具販売	新予防給付 （新要支援者）

「介護報酬算定の解釈通知の発出について」「平成18年4月改定関係　Q&A（vol.1）」（3月22日）「平成18年4月改定関係　Q＆A（vol.2）」（3月27日）「平成18年4月改定関係　Q＆A（vol.3）」（4月21日）に基づき、愛知県介護保険事業者講習会（2月21日・22日）の資料を再構成しました。**今後の動向により一部変更があることも予想されますのでご注意ください。**

→プラスした部分はなるべく赤字にしています。

支給限度額

（介護予防）
要支援1　　4，970単位
要支援2　 10，400単位

（介護給付）
経過的要介護　6，150単位（旧の要支援の単位）
要介護1　16，580単位、要介護2　19，480単位、要介護3　26，750単位
要介護4　30，600単位、要介護5　35，830単位
（要介護1～5　現行と変更なし）

1、介護予防サービスについては、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進する観点から、ケアマネジメントの徹底を図りつつ、報酬・基準の設定を行う。

2、また、要支援者に係る支給限度額については、介護予防サービスの報酬設定を踏まえ、適正化の観点から設定する。

3、経過的要介護に該当する者は、旧要支援で認定期間が満了していない者だけである。したがって、旧要介護1の者は大部分が新要支援に区分されると思われるが、認定期間が満了していない者については「新要介護1」で算定する。また、旧要介護2～5についてはそれぞれ「新要介護2～5」となる。

4、施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して3年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定（要介護1）を受けた者とみなされる。（新介護保険法附則第11条）

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】

介護報酬改定率は平成18年の予算編成の中で決定した。財政的な仕組みの中で個々の報酬を決定した。

介護報酬改定率　▲0．5%　在宅分　平均▲1%　施設分0%

（在宅軽度平均▲5%、在宅中重度　平均＋4%）

　基本的な視点として、「（1）中重度者への支援強化、（2）介護予防、リハビリテーションの推進、（3）地域包括ケア、認知症ケアの確立、（4）サービスの質の向上、（5）医療と介護の機能分担・連携の明確化」
　大きな柱の中で個々の介護報酬が決定された。マイナス改定とした理由として、その根底には保険料をできるだけ抑えていく。逆に自立支援やサービスの質を高めていかなければならない。「財源」と「尊厳」という違うベクトルのものを両方もっていくという難しい時代に突入している。また、制度の持続可能性も考えていくことも必要。

5、要支援者に係るサービス標準利用例

	要支援1						要支援2					
	基本型			リハ対応型		医療対応型	基本型			リハ対応型		
	①	②	③	①	②		①	②	③	①	②	③
介護予防訪問介護	週2回程度	週1回程度		週2回程度			週3回程度以上	週2回程度		週3回程度以上	週2回程度	
介護予防訪問入浴介護（回／1週）												
介護予防訪問看護（回／1週）						0.5	1	1	1	1	1	1
介護予防訪問リハビリテーション（回／1週）										1	0.5	
介護予防通所系サービス		○	○		○	○		○	○			○
介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護（日／1月）	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日	2日
介護予防福祉用具貸与	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖	補助杖
合計単位数	3,709	4,971	4,062	4,429	4,062	4,830	7,059	10,397	8,254	9,939	6,517	8,254

↑要支援1の支給限度額ベース　　↑要支援2支給限度額ベース

〔基本的考え方〕

※基本型　：　主として、閉じこもり等により廃用症候群なることを予防することを目標に、「訪問系サービス（頻度大）→訪問系サービス（頻度小）・通所系サービス併用→通所系サービス（運動器の機能向上＋口腔機能向上）」とサービス内容が移行する（利用例中の①→②→③と移行）ことを基本としている。

※リハ対応型　：　医療機関からの退院直後や生活機能が低下した直後に、専門的なリハビリテーションによる介入が短期・集中的に必要な場合を想定し、「基本型」の考え方も踏まえつつ「訪問介護・訪問リハ（短期集中）→訪問リハ→通所リハ」と移行することを基本としている。

※医療対応型　：　慢性的な医療ニーズがある場合を想定。（要支援2は、現行の要介護1と同様に、医療対応型を前提としており、訪問看護サービスを全てのモデルに入れている。）

〇厚生労働大臣が定める1単位の単価（平成12年厚生省告示第22号）平成18年3月30日

【特甲地・名古屋市】

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与	1000分の1000
訪問看護・介護予防訪問看護 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護福祉施設サービス 介護保健施設サービス 介護療養施設サービス	1000分の1040
訪問介護・介護予防訪問介護 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護 通所介護・介護予防通所介護 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 居宅介護支援 介護予防支援	1000分の1060

【その他の地域】

すべてのサービス	1000分の1000

1―1 訪問介護

ア 基本単位

介護給付の訪問介護については、予防給付と異なり、身体介護の割合が高いこと等を踏まえ、将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、当面は現行の身体介護・生活援助の区分を維持し、生活援助の長時間利用について適正化を図る。サービス提供責任者の責務を明確にする改正を行う。

	旧	新
生活援助	(1)30 分以上 1 時間未満(208 単位) (2)1 時間以上(291 単位に 30 分を増すごとに＋83 単位)	(1)30 分以上 1 時間未満(208 単位) (2)1 時間以上 (291 単位)

パブリックコメント	厚生労働省の回答(3月14日)
生活援助については、2時間利用する利用者も多く、1時間以上を一律の評価とする基本単位の設定を見直すべきではないか。	生活援助については、分科会の議論においても長時間利用を是正する必要性が指摘されており、現在の水準は適正であると考えています。
生活援助が1時間半では十分なサービスの提供ができない。せめて2時間すべき。	生活援助については、報酬上の上限は設けておりますが、サービス提供時間については、制限は設けておらず、必要な水準のサービスを提供することが可能です。

質問	県の回答
例えば生活援助2時間提供する場合、1時間30分は介護報酬、残りの時間は実費ということは可能か。	生活援助については、1時間以上を一律に評価しており、別途利用者から実費徴収することはできません

イ 加算等

①特定事業所加算の創設

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応などを行っている事業所について加算する。(利用者1割負担分も高くなる)

特定事業所加算(新規)

特定事業所加算(Ⅰ)	①体制要件、②人材要件、③重度対応要件のいずれにも適合する場合	基本単位数の 20%を加算
特定事業所加算(Ⅱ)	①体制要件、②人材要件に適合する場合	基本単位数の 10%を加算
特定事業所加算(Ⅲ)	①体制要件、③重度対応要件に適合する場合	基本単位数の 10%を加算

1 特定事業所加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合する場合 **①体制要件**	(解釈通知) ●厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示第25号。以下「25号告示」という)第一号イ(1)の「個別の訪問介護員等に係る研修計画」については、当該

イ（1） 当該指定訪問介護事業所におけるすべての訪問介護員等（登録型の訪問介護員等を含む。以下同じ。）に対し、個別の訪問介護員等に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施している又は実施することが予定されていること。 （2）次に掲げる基準に従い、訪問介護が行われていること。 （一）利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。 （ニ）指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。	事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、訪問介護員等について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、少なくとも年度が始まる3月前までに次年度の計画を定めなければならない。なお年度の途中で加算取得の届け出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定することで差し支えない。 ●同号イ(2)(一)の「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議」とは、サービス提供責任者が主宰し、登録ヘルパーも含めて、当該事業所においてサービス提供に当たる訪問介護員等のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、サービス提供責任者ごとにいくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお「定期的」とは、少なくともおおむね1月に1回以上開催されている必要がある。 ●同号イ(2)(二)の「当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。 ・利用者の ADL や意欲の状況 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家族を含む環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項 ●同号イ(2)(二)の「文書等確実な方法」とは、直接面接しながら文書を手交する方法のほか、ファックス、メール等によることも可能である。また、同号イ（2）(二)の「訪問介護員等から適宜受ける」サービス提供終了後の報告内容について、サービス提供責任者は、文書にて記録を保存しなければならない。
イ（3）当該指定訪問介護事業所におけるすべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。	●同号イ（3）の「健康診断等」については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。
②人材要件 イ（4）当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等のうち、介護福祉士が30%以上であること。	第一号イ(4)の「介護福祉士」の割合については、常勤換算方法により算定すること。

イ(5)当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等のうち、3級課程の訪問介護員がいないこと。 イ(6)当該指定訪問介護事業所におけるすべてのサービス提供責任者が5年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。 **③重度対応要件** イ(7)届出日が属する月の前3月の期間における利用者(当該事業所が指定介護予防訪問介護の指定を受けている場合にあっては、指定介護予防訪問介護の利用者を含む。)の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5である者が占める割合が20%以上であること。	第一号イ(6)の「5年以上の実務経験」は、介護に関する業務に従事した期間をいうものであり、必ずしも介護福祉士資格を有する期間でなくとも差し支えない。 第一号イ(7)の「要介護4又は要介護5である者の占める割合」については、届出を行った月以降においても、毎月ごとに直近3月間の「利用実人員」の総数に占める要介護4又は要介護5の者の数の割合が20%以上を継続的に維持しなければならない。なお、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、20%を下回った場合については、直ちに加算廃止の届出を提出しなければならない。 ※3月13日国説明:毎月確認し、下回ったら外すこと。

【8月14日Q&A(vol.7)】	回答
(問1)重度対応要件のうち「利用実人員」の総数に占め「る要介護4又は要介護5の者の数の割合が20%以上」の具体的な算定方法如何。	(回答1) ①訪問介護に関する特定事業所加算の算定要件の1つである「重度対応要件」については、要介護4及び5のいわゆる重度者の占める割合が2割以上であることとされているが、その算定方法については、重度者に対し頻回に対応しているか否か等の実態についても踏まえる観点から、利用回数も勘案して計算することとする。 ②したがって、例えば、下記表のような利用状況の訪問介護事業者の場合、重度者の割合の計算方法は、次のとおりとなる。・28回÷98回=0.2857・・=28.6%※この場合「20%(2割)以上」の要件を満たす
(問2)訪問介護事業所に係る特定事業所加算の人材要件のうち「すべてのサービス提供責任者について、5年以上の実務経験を有す	(回答2)特定事業所加算の人材要件の1つとして「指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が5年以上の実務経験を有

	要介護度	5月	6月	7月	3ヶ月計
A	要支援1	4回	4回	4回	12回
B	要支援2	4回	4回	4回	12回
C	要介護1	4回	6回	4回	14回
D	要介護2	4回	6回	6回	16回
E	要介護3	4回	6回	6回	16回
F	要介護5	8回	10回	10回	28回
利用者合計6人				合計	98回

る介護福祉士であること」との要件については、介護福祉士資格を取得する前の介護の経験を含むものとして取扱ってよいか。	する介護福祉士であること」との要件については、在宅や施設を問わず、「介護業務に従事した期間」を意味するものであり、介護福祉士資格を取得した後の実務経験年数を求めているものではない。したがって、介護福祉士資格を取得する前の介護の経験を含むもとして差し支えない。
（問3）訪問介護事業所における特定事業所加算の「重度対応要件」の算定について、3月平均で2割を超えていればよいのか。	（回答3）要介護4及び5の重度者の占める割合が2割以上である必要があるが、その基準については3ヶ月平均の利用実績により計算することとしている。したがって、仮に特定の月について2割を下回ったとしても、3ヶ月平均で計算して2割を超えていれば差し支えない。なお、この要件については、申請に係る月の直前3ヶ月についてだけではなく、加算を取得している期間中は常に3月平均で2割以上を維持することが必要となる。

②3 級ヘルパー減算の見直し（※3 級ヘルパーに係る介護報酬の算定は、平成 21 年 3 月 31 日までとする。）

対象	旧	新
予防給付	基本単位数の90%を算定	基本単位数の80%を算定
介護給付	基本単位数の90%を算定	基本単位数の70%を算定

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
（問27）訪問介護のうち生活援助中心型の1時間以上の報酬額が定額となっているが、具体的な内容如何。	（答27）生活援助中心型については、訪問介護計画などで決められた時間が、1時間以上であったとしても、さらに加算されることはなく、定額の報酬が支払われることになる。ただし、これは必要なサービス量の上限を付したわけではなく、ケアプランや訪問介護計画に基づく必要な量のサービスを提供することが必要であるのは、従前どおりである。
（問28）訪問介護における特定事業所加算の算定要件については、毎月満たしていなければならないのか。また、要件に該当しないことが判明した場合の取扱いはどのようになるのか。	（答28）基本的には、加算取得の届出後についても、常に要件を満たしている必要がある。要件に該当しないことが判明すれば、その時点で廃止届出を出し、翌月分から算定しない取扱いとする。
（問29）訪問介護の特定事業所加算を取得すれば、利用者の自己負担も増加することになるが、加算を取得した上で、負担軽減のため、特定の利用者に対して加算を行わないという取扱をすることは可能か。	（答29）加算を取得した上で、利用者間に加算の適否の差を付けることは、利用者間の不合理な負担の差を是認することにつながりかねないと考えられるので認められない。 　したがって、加算を取得するか、あるいは利用者の負担を考慮して取得しないかのどちらかを、あらかじめ各事業者が十分検討の上、選択する必要がある。

1—2 介護予防訪問介護

○ 予防給付の訪問介護の対象者については、本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について、適切なケアマネジメントに基づきサービスを提供するものとする。
○ 予防給付の訪問介護サービスは、現行の訪問介護における身体介護・生活援助の区分を一本化するとともに、現行の時間別の評価を月単位の定額報酬とする。通院等乗降介助については、要支援者であることから、現行と同様、報酬上の評価は行わないこととする。
○「介護予防訪問サービスの行われる利用者の居宅について」
介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションは、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条の2の定義上、要支援者の居宅において行われるものとされており、要支援者の居宅以外で行われるものは算定できない。
○介護予防訪問介護費(新規)

対象	利用頻度	要支援1	要支援2	介護報酬
介護予防訪問介護費(Ⅰ)	週 1 回程度の利用が必要な場合	○	○	1, 234 単位／月
介護予防訪問介護費(Ⅱ)	週 2 回程度の利用が必要な場合	○	○	2, 468 単位／月
介護予防訪問介護費(Ⅲ)	(Ⅱ)を超える利用が必要な場合	×	○	4, 010 単位／月

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】
介護予防訪問介護については、報酬体系を出来高と月額報酬の折衷案とした。単価見直しにあたって過去のデータを検証したところ、週の訪問回数にばらつきがあることと、訪問時間は1～1．5時間が多いことから、週1回程度・2回程度・2回超の算定区分を設けた。実際の利用については、月の途中で週の回数に変更が生じた場合であっても当該月は算定区分の変更は認められず、次月からプランを変更した上で適切な算定区分の単価を請求することができるものとした。

パブリックコメント	厚生労働省の回答(3月14日)
予防サービスのサービス毎の月単価が低いため、質の高いサービスが提供できるか疑問である。	現行制度下における事業者の経営状況等を勘案した上で、介護給付費分科会における専門家の御意見を踏まえつつ、予防サービスの報酬額を設定しており、適切なサービスが提供できるものと考えています。
予防困難ケースをとりあつかったような場合に報酬を上げるといった検討をすべきではないか。	そもそも改善可能性が高い者が要支援者とされており、地域包括支援センターにおいて適正な介護予防ケアマネジメントの中で適切なケアを受けることとなります。そのため、報酬上の評価は考えていません。
週1回、週2回の訪問において、どの程度の時間の介護予防訪問介護を提供すべきか基準を示していただきたい。	適切なケアマネジメントの結果設定された介護予防サービス計画に基づき、必要なサービス提供時間が決まるものであり、一律に時間を設定するのは困難です。

（1）介護予防訪問介護の意義について
　介護予防訪問介護については「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の区分を一本化することとする。なお、対象となるサービスの範囲については、訪問介護と同じ取扱いとする。

（2）介護予防訪問介護費の支給区分
　介護予防訪問介護費については、訪問介護に要する標準的な時間に応じた評価を廃止し、月あたりの定額払いによることとする。各支給区分（介護予防訪問介護費（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）をいう。以下、同じ）の算定に関する取扱いは次に定めるところによる。
・あらかじめ、指定介護予防支援事業者による適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案して、標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けること。
・その際、1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けること。なお、サービス提供の時間や回数の程度については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであって、当初の介護予防訪問介護計画における設定に必ずしも拘束されるべきものではなく、柔軟な対応を行うべきであること。
・こうしたサービス提供の程度の変更に際しては、介護予防サービス計画との関係を十分に考慮し、介護予防支援事業者と十分な連携を取ること。

　したがって、適切なサービス提供等により結果的に、利用者の状態が改善する等、当初の支給区分において想定されたよりも、少ないサービス提供になること、又はその逆に、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得るが、その場合であっても「月単位定額報酬」の性格上、月の途中での支給区分の変更は不要である。なお、この場合にあっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による介護予防サービス計画及び介護予防訪問介護計画が定められることとなる。

（3）3級ヘルパーである訪問介護員等が関与したサービスの取扱い
　介護予防訪問介護計画上3級ヘルパーの派遣が予定されている場合には、所定単位数に100分の80を乗じて得た単位数を算定する。なお、利用者ごとにみて、月に1人でも3級ヘルパーが関与した場合については、当該月の報酬全体について、100分の80を乗じて得た単位するを算定する。

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
（問1）介護予防訪問介護や介護予防通所介護については、月単位の定額制とされているが、複数の事業所を利用することはできないのか	（答1）月当たりの定額制が導入される介護予防訪問介護や介護予防通所介護などについては、複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要がある。
（問2）月単位定額報酬である介護予防訪問介護について、引越等により月途中で事業者を変更した場合の報酬の取扱いはどうなるのか。	（答2）日割りで計算した報酬を支払う。
（問3）介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間についての標準や指針については示されないのか。	（答3）介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標

	等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けられる。実際の利用回数やサービス提供時間については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであり、当初の介護予防訪問介護計画などに必ずしも拘束されるものではない。 　また、過小サービスになっていないか等サービス内容の適切性については、介護予防支援事業者が点検することとされている。
（問4）事業所として一律に要支援1は週1回、要支援2は週2回といった形での取扱いを行うこととしてよいか。	（答4）具体的な利用回数については、サービス提供事業者が、利用者の状況や提供すべきサービス内容等に応じて適切に判断し、決定されるものである。 　したがって、機械的に要支援１は週１回、要支援2は週2回といった形での取扱を行うことは不適当である。
（問5）介護予防訪問介護について、当初、週2回程度の（Ⅱ）型を算定していたものの、月途中で状況が変化して週1回程度のサービス提供となった場合の取扱いはどのようにすればよいのか。	（答5）状況変化に応じて、提供回数を適宜、変更することとなる。なお、その際、報酬区分については、定額報酬の性格上、月途中で変更する必要はない。 　なお、状況の変化が著しい場合については、翌月から、支給区分を変更することもありうる。
（問6）介護予防訪問介護については定額報酬であるので利用者から平均的な利用時間を倍以上超えたサービス提供を求められた場合、これに応じなければサービス提供拒否として基準違反になるのか。	（答6）介護予防訪問介護の報酬については、月当たりの定額制とされているが、これは、利用者の求めがあれば無定量にサービスを提供する必要があるという趣旨ではなく、介護予防サービス計画や介護予防訪問介護計画に照らし、設定された目標の達成のために介護予防給付として必要な程度の水準のサービスを提供することで足りるものである。 　なお、この必要な水準は、平均的な利用時間によって判断すべきものではなく、あくまでも、利用者の状態及び必要とされるサービス内容に応じ、サービス担当者会議等の所要のプロセスを経て、予防給付としての必要性の観点から判断すべきものであることに留意する必要がある。
（問7）介護予防訪問介護のサービス提供責任者の配置基準については、どのように取り扱えばよいのか。	（答7）介護予防訪問介護のサービス提供責任者についても、訪問介護と同じ配置基準（訪問介護員等１０人ごと又は月間延べ実サービス提供時間４５０時間ごとに１人）とされている。 　更に、指定介護予防訪問介護と指定訪問

	介護の指定を併せて受け、各事業が一体的に運営されている場合については、他の人員基準と同様に、要支援者分と要介護者分を合算して算定したサービス提供責任者を配置すればよい旨の取扱が適用される。
（問8）介護予防訪問介護は、家族がいる場合や地域の支え合いサービスがあれば、まったく支給できないのか。	（答8）訪問介護については、現行制度においても、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助については「利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるもの」と位置付けられているところである。 　介護予防訪問介護については、更に、自立支援の観点から、本人ができる行為は本人が行い、利用者の家族、地域住民による支え合いや他の福祉サービスの活用などを重視しているところである。したがって、家族がいる場合や地域の支え合いサービスがあるからといって、一律に支給できないわけではないが、こうした観点を踏まえ、個別具体的な状況をみながら、適切なケアマネジメントを経て、慎重に判断されることになる。

(4) 月の途中で開始又は終了した場合の取扱い

※ 引き続き月途中からの開始事由がある場合については(変更日・契約解除日)の前日となる。(日割り計算を行う場合は、介護報酬を算定しない日が出ないようにすること。)
※ 加算(月額)部分に対する日割り計算は行わない。
※ 公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となる。
＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス		事由	起算日
介護予防訪問介護 介護予防通所介護 介護予防通所リハ (介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む)	開始	・区分変更(要支援1⇔要支援2)	変更日
		・区分変更(要介護　⇔要支援) ・サービス事業所の変更(同一保険者内のみ) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	終了	・区分変更(要支援1⇔要支援2)	変更日※
		・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一保険者内のみ) ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日※ (満了日) (開始日)

介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬とされたことから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。

ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援から要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度が変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単価を算定するものとする。なお、要支援2であった者が、介護予防訪問介護費(Ⅲ)を算定していた場合であって、月途中に、要支援1に変更となった場合については、認定日以降は介護予防訪問介護費(Ⅱ)を算定することとする。

(経過)

3月3日	解釈通知案 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年老〇第号)」 5頁	介護予防訪問サービスを月の途中で開始し、又は月の途中で終了した場合については、日割りにより費用を計算する。なお、(2)に該当するような、利用者の状態の改善等により結果的にサービスの利用が不要となった事例については、この場合には該当しない。
3月10日	「介護給付費請求書等の記載要領(案)及び記載例(案)の送付について」 記載例10頁	介護予防通所介護など月額報酬のサービスについて、サービス事業所の変更(同一保険者内に限る)が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して契約期間分の日数を請求する。なお、加算に関しては月単位の報酬であっても日割り計算を行わず、月単位の報酬を請求し、明細情報の単位数欄には記載しない。

3月13日・3月22日	1）全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料323頁 2）指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について2頁	介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬とされたことから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。 ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援から要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度が変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単価を算定するものとする。なお、要支援2であった者が、介護予防訪問介護費（Ⅲ）を算定していた場合であって、月途中に、要支援1に変更となった場合については、認定日以降は介護予防訪問介護費（Ⅱ）を算定することとする。
3月23日照会	「③同一保険者管内での転居等」の等には他にどのような事例があるのか。	同一保険者管内での利用者の引っ越し、事業所の廃止などの事例が想定される。~~なお、同一保険者であっても、利用者の契約解除等による事業所替えについては、月単位となるので契約において注意を図られたい。~~ （4月27日国に確認、訂正）

○ 日割りについてのQ&A（平成18年5月2日）（県→国確認済）

質問	回答
「介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬とされたことから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。」とあるが、病院に入院した場合について入院した日から日割り計算しなければならないか。	原則として月額定額報酬で、例外として日割りとなる。今回の事例である病院に入院した場合については、月途中でのサービス終了に該当し、原則どおり月額報酬となる。なお、この取扱いについては予め利用者に対して十分に説明し、同意を得ておく必要があるので取扱いについては十分に留意されたい。

2 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

介護給付の訪問入浴介護については、現行と同様とする。予防給付の介護予防訪問入浴介護については、人員要件を緩和（介護職員を２名から１名に緩和）し、報酬水準を適正化する。

介護予防訪問入浴介護（新規）⇒ 854 単位／回

3 訪問看護・介護予防訪問看護

〇訪問看護については、24時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応などの観点から、短時間訪問の評価や緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算の見直し等を行う。
〇訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

※3月13日国説明：通院優先であるが、1 回でも通院したら算定不可ということではないという趣旨を今回、明確にした。

ア 基本単位

早朝・夜間、深夜における短時間訪問（20 分未満）の評価を創設するとともに、言語聴覚士による訪問についても算定対象とし、訪問時間に応じた評価とする。なお、所要時間30分未満、所要時間30分以上1時間未満、所要時間1時間以上1時間30分未満の場合の所定単位数は現状どおり。

短時間訪問の評価（新規）

指定訪問看護ステーションの場合	20 分未満（早朝・夜間、深夜のみ算定可）285 単位／回
病院又は診療所の場合	20 分未満（早朝・夜間、深夜のみ算定可）230 単位／回
＜20分未満の訪問の算定について＞ 20分未満の訪問は、日中等の訪問における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものであり、したがって、訪問看護計画上も1月を通じて20分未満の訪問のみが設定されることは適切ではなく、日中における訪問と併せて設定されること。	
※3月13日国説明：短時間訪問20分未満のみというのは想定していない。ただし、月末利用の事例で、計画の都合上、たまたま短時間だけになってしまったという例外事例もありうる。	

【3月22日 Q&A（vol.1）】

（問1）訪問看護の20分未満の訪問の創設で想定している看護行為は具体的にどのようなものか。	（答） 20分未満の訪問看護については、日中において、利用者の心身の状態の観察と把握を十分に行うとともに、それに基づく療養指導等が提供されていることを前提にしており、早朝・夜間、深夜といった時間帯に、効率的に医療的措置を行うことが必要な場合に、20分未満の訪問の単位を算定することとしている。具体的には、定時の気管内吸引、導尿や経管栄養等の医療処置の実施等を想定している。
（問2）「所要時間20分未満」の訪問看護について、どのような利用者が対象となるのか。また、夜間・早朝、深夜であれば、回数に応じてその都度算定が認められるのか。	（答） 所要時間20分未満の訪問看護は、訪問看護本来の趣旨を踏まえつつ、ケアマネジメントにおいて必要と認められた利用者に対して夜間若しくは早朝又は深夜の時間帯に提供されるものであり、居宅サービス計画に基づいて提供された回数に応じて算定する。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合

旧	新
理学療法士又は作業療法士が指定訪問看護を行った場合⇒830 単位	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合 30 分未満　425 単位／回 30 分以上 1 時間未満　830 単位／回
	理学療法士作業療法士又は言語聴覚士（「以下この項において理学療法士等」という）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けのものであり、したがって、訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされることは適切ではない。 なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定に関わらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第号）第条第1項）に限る。
3月13日国説明：訪問看護のあるべき姿、看護師等が状態の観察・助言・指導等を適切に行うことが前提という趣旨を明確にした。この点については、回数を上回る場合について算定できなくなるのではないか等の問い合わせも多いので、別途 Q&A でお示ししたい。なお、地域の実情により訪問リハがなかったり、月の途中で入院してしまい、回数が上回ってしまったりする事例もあるため、そのあたりをきちんと明確にしていきたいと考えている。	
【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問３）訪問看護について、「訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の数を上回るような設定がなされることは適当ではない」との解釈が示されたが、これは、理学療法士等の訪問回数が、当該事業所が行う訪問全体の回数の半数を超える利用者については、報酬を算定できないという趣旨か。	（答）訪問看護に期待されるものは、第一義的には看護師又は保健師によって提供されるものである。一方、退院・退所後等に必要となるリハビリテーションのニーズについては、医療機関等による訪問リハビリテーションにおいて提供されることを期待しており、このため、今回の報酬改定においては、より効率的・効果的なリハビリテーションを実施する観点からリハビリテーションマネジメントを導入し、退院・退所後等の短期集中的なリハビリテーションの実施を推進するための加算を設定したところである。 したがって、各自治体におかれては、この趣旨に則り、必要に応じて、各事業所に対し、看護師を新規に確保するなどのサービス提供体制の見直し等について指導方願いたい。なお、介護報酬の算定との関係では、こうした見直し等の期間を考慮した一定期間（例えば6月間程度など）を設けるなど、ただちに報酬を算定できない取扱いとすることによって利用者の生活に支障を来すことのないよう配慮されたい。 また、仮に半数を超える場合であっても、リハビリテーションのニーズを有する利用者に対し、病院、老人保健施設等が地域に存在しないこと等により訪問リハビリテーションを適切に提供できず、その代替としての訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が過半を占める場合や、月の途中で入院等によりサービスの提供が中止となり、結果的に理学療法士等による訪問が上回る場合など、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、利用者個々の状況を勘案して、一定期間経過

	後であってもなお、やむを得ないと認められる場合については、各自治体の判断により、算定できる取扱いとして差し支えない。

イ 緊急時訪問看護加算

当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できない。ただし、特別管理加算を算定する状態の者に対する1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問4)訪問看護の緊急時訪問看護加算の算定要件について、特別管理加算を算定する状態の者が算定されており、特別管理加算の算定は個別の契約が必要なので、その契約が成立しない場合は緊急時訪問看護加算も算定できないのか。	(答) 緊急時訪問看護加算は、利用者又はその家族等に対して24時間連絡体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合、利用者の同意を得て算定するものであり、特別管理加算の算定の有無はその算定要件ではない。

ウ ターミナルケア加算

現行の「前月訪問」要件を見直す一方、ターミナルケアのプロセスを重視する観点から算定要件を見直すとともに、在宅以外で 24 時間以内に死亡した場合も評価の対象とする。なお、本加算は、介護予防訪問看護においては算定しない。

3月13日国説明:前月要件の廃止、形式要件からプロセス重視へ。

ターミナルケア加算 1, 200 単位／死亡月 ⇒変更なし

＜算定要件＞ イ ターミナルケアを受ける利用者に対して、24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。 ロ ターミナルケアの提供について、利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。	＜解釈＞ ①ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを行った日が月の末日の場合であって、利用者の死亡月がその翌月である場合 には、ターミナルケアを行った日の属する月に算定することとする。 ②ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。 ③ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない。 ア終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録 イ療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録 ウ看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録 ④訪問看護においてターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問5）「在宅以外で24時間以内に死亡した場合」との要件については、在宅で訪問看護を実施中に病院に入院するなど、居場所を移動し、その後、24時間以内に死亡した場合を示しているのか。また、移動後24時間を超えて死亡した場合は、加算は算定できないのか。	 （答） 利用者本人や家族が在宅における最期を希望している場合であっても、往診による死亡診断が困難な場合等については、訪問看護においてターミナルケアを実施後、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合があり、このようなケースについては、在宅死亡の場合と同様に評価することとしている。 なお、利用者に対して在宅でターミナルケアを実施後、24時間を超えて死亡した場合は、移動の有無にかかわらず、ターミナルケア加算は算定することはできない。

4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

〇訪問リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点から短期・集中的なサービス提供の評価を行う。なお、言語聴覚士が訪問した場合も算定可とする。
〇訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院によるリハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は通院により同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

※3月13日国説明：通院優先であるが、1 回でも通院したら算定不可ということではないという趣旨を訪問看護とともに、今回、明確にした。

ア 基本単位

対象	旧	新
訪問リハビリテーション費	550 単位／日	500 単位／日

介護予防訪問リハビリテーション費も500単位／日

①介護予防訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日（介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時あるいはその直近に行った診療の日）から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。
②介護予防訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して20分以上指導を行った場合に算定する。
③事業所が介護老人保健施設である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設による介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。

イ 加算等

①リハビリテーションマネジメント加算の創設

より効率的・効果的なリハビリテーションを実施する観点から、介護支援専門員を通じ、居宅サービスを担う他の事業所に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報の伝達を行うなど多職種協働の推進を評価する。

※3月13日国説明：3月24日ごろ様式を示したい。今までのケアマネジメントの一環。「ケアマネジメント＋個別専門的マネジメント」という一体制の整備。

リハビリテーションマネジメント加算（新規）⇒20 単位／日

●リハビリテーションマネジメント加算について
① リハビリテーションマネジメントは、利用者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからホまでに掲げるとおり、実施すること。
イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という） が多職種協働によりリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下この項において「アセスメント」という）とそれに基づく評価を行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ロ 必要に応じ、介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達（ 日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

ハ 各利用者について、概ね 3 ヶ月毎に、リハビリテーションに関するアセスメントとそれに基づく評価を行い、リハビリテーション実施計画の見直しを行って、その内容を利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日又は認定日から起算して1ヶ月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。

ニ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。

ホ 利用終了時には、サービス担当者会議等を通じて、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。

③ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとすること。

②短期集中リハビリテーション実施加算の創設

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算する。（現行の日常生活活動訓練加算は、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション実施加算の創設に伴い廃止する。）なお、集中的な訪問リハビリテーションとは、1週につき概ね2回以上実施する場合をいう。

対象	退院・退所日又は認定日から起算して 1 月以内の場合	退院・退所日又は認定日から起算して 1 月超 3 月以内の場合
短期集中リハビリテーション実施加算（新設）	330 単位／日	200 単位／日

（※介護予防訪問リハビリテーションの場合）

対象	退院・退所日又は認定日から起算して3月以内の場合
短期集中リハビリテーション実施加算（新設）	200 単位／日

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問6）短期集中リハビリテーション実施加算について、退院（所）後に認定がなされた場合の起算点はどちらか。逆の場合はどうか。	（答） 退院後に認定が行われた場合、認定が起算点となり、逆の場合は、退院（所）日が起算点である。

5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

居宅療養管理指導については、医師・歯科医師によるサービス担当者会議への参加や文書での情報提供の徹底、管理栄養士による在宅の低栄養者への多職種協働を踏まえた栄養ケア・マネジメントの評価、歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導等の強化等について評価の見直しを行う。

※3月13日国説明：居宅療養管理指導については、それぞれやるべきことを明確化した。

ア 医師・歯科医師による居宅療養管理指導

医師・歯科医師による居宅療養管理指導については、その機能としての「情報提供」と「指導・助言」のそれぞれの算定要件を明確化するとともに、「情報提供」を行わない場合には減算を行う。

●情報提供」及び「指導又は助言」の方法

1）ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について原則として文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

※3月13日国説明：薬局薬剤師に行っても算定可能。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については医療保険の診療録に記載することは差し支えないが下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

（情報提供すべき事項）
ア基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
イ利用者の病状、経過等
ウ介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
エ利用者の日常生活上の留意事項
※ 上記に係る情報提供については、診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

※3月13日国説明：特に様式は示さない。

2）利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

①居宅療養管理指導費（Ⅰ） 500 単位／回（現状どおり）

※算定要件
以下の要件を全て満たす場合に 1 月に 2 回を限度として算定できる。
・ 指定居宅介護支援事業者等に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。
・ 利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行っていること。

※指定居宅介護支援事業者等に対する情報提供が行われていない場合に 100 単位を減算

※3月13日国説明:1)ケアマネジャー等に対する情報提供を行っていない場合は上記減算適用

②居宅療養管理指導費(Ⅱ) 290 単位／回(現状どおり)

※算定要件
指定居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定できる。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問7)医師・歯科医師の居宅療養管理指導について、 ①月に2回往診等を行っていても、月に2回、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供を行わなければ算定できないのか。 ②また、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供をしなければならないということは、利用者が認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護を利用している利用者の場合やセルフケアプランや住宅改修、特定福祉用具購入のみの利用者の場合は算定できないのか。	(答) ①について 往診等により、利用者の状況等について医学的観点から見た情報をケアマネ等に対して情報提供しなければならない。この場合において、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容について情報提供すること等でも足りることとする。 ②について 医師・歯科医師の居宅療養管理指導は、居宅介護支援事業所のケアマネや、当該ケアマネを介せずにサービスを利用している場合には、直接、サービス事業者に対する情報提供を行うことでも算定可能であり、したがって、御指摘のようなケースについても、サービス事業者に対して情報提供を行うことで算定は可能である。なお、そのような場合の具体的な情報提供の方法としては、医師・歯科医師により直接にサービス事業者に情報提供を行う方法や、利用者本人を介して行う場合等が考えられる。 ※なお、①・②ともに、利用者の同意を得て行うものに限られているので、このサービスを行う場合は、利用者に対して十分な説明が必要である。

イ 管理栄養士による居宅療養管理指導
管理栄養士による居宅療養管理指導については、通院・通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対し、多職種協働により、栄養ケア計画の策定、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパー等への情報提供、助言の実施といった一連のプロセスを行う栄養ケア・マネジメントを新たに評価する。

※3月13日国説明:今回の改正により、低栄養状態にあると医師が判断した場合も加えた。

管理栄養士が行う場合　530 単位／回（現状どおり）

※算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の管理栄養士が、利用者の居宅を訪問し、栄養管理に係る情報提供又は指導若しくは助言を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定できる。

①低栄養状態にあると医師が診断した者に対して、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

②栄養ケア計画に従い栄養管理を行うとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

③栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

ウ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

歯科衛生士等による機動的な訪問が行えるよう、歯科衛生士等が訪問できる場合として、歯科医師の訪問診療の日から 3 月以内とする一方、指導内容の充実を図るとともに、初回加算の廃止や回数制限により報酬水準の適正化を図る。

歯科衛生士が行う場合

対象	旧	新
（一）月の1回目の算定の場合	550　単位／回	350 単位／回
（二）月の2回目の算定の場合	300　単位／回	

※算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の歯科衛生士、保健師又は看護職員が、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合に、1 月に 4 回を限度として算定できる。

①居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した者に対して、歯科医師、歯科衛生士等が共同して、利用者ごとの口腔衛生状態や摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成していること。

②管理指導計画に従い、療養上必要な指導として、利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を行っているとともに、利用者、その家族等に対して実地指導に係る情報提供及び指導又は助言を行い、定期的に記録していること。

③管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

エ 薬剤師による居宅療養管理指導

医療保険との整合性の観点から、がん末期の患者について 1 月当たりの算定限度を 8 回にする等の見直しを行う。

〇薬剤師が行う介護予防居宅療養管理指導について

① 薬局薬剤師が行う介護予防居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあっ

ては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した介護予防居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提供するよう努め速やかに記録（薬局薬剤師にあっては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあっては薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告することとする。また、必要に応じて、指定介護予防支援事業者等に対して情報提供するよう努めることとする。

薬局薬剤師にあっては当該介護予防居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対し訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととする。なお、提供した文書等の写しがある場合は、記録に添付する等により保存する。なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

② 薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」は処方医から提供された医師・歯科医師の介護予防居宅療養管理指導における情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、利用者宅への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等により保存する。原則として、利用者の居宅を訪問する前に策定する。訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合にも適宜見直しを行うこと。

③ 介護予防居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合（がん末期患者に対するものを除く。）にあっては、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。

④ 介護予防居宅療養管理指導を行った場合には薬局薬剤師にあっては薬剤服用歴の記録に、少なくとも以下のイ～ソについて記載しなければならない。

イ 利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の利用者についての記録
ロ 処方した医療機関名及び処方医氏名、処方日、処方内容等の処方についての記録
ハ 調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
ニ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用等の利用者についての情報の記録
ホ 利用者又はその家族等からの相談事項の要点
ヘ 服薬状況
ト 利用者の服薬中の体調の変化
チ 併用薬（一般用医薬品を含む）の情報。
リ 合併症の情報
ヌ 他科受診の有無
ル 副作用が疑われる症状の有無
ヲ 飲食物（現に利用者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る）の摂取状況等。
ワ 指導した薬剤師の氏名
カ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
ヨ 処方医から提供された情報の要点
タ 訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬

剤、投薬後の併診、副作用、重複作用、相互作用
の確認等）
レ　訪問に際して行った指導の要点
ソ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

⑤ 介護予防居宅療養管理指導を行った場合には、医療機関の薬剤師にあっては薬剤管理指導記録に、少なくとも以下のイ～へについて記載しなければならない。

イ　利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
ロ　利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
ハ　薬学的管理の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む）。
ニ　利用者への指導及び利用者からの相談の要点
ホ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
へ　その他の事項

⑥ 介護予防居宅療養管理指導を算定している利用者に投薬された医薬品について、医療機関又は薬局の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。
イ　医薬品緊急安全性情報
ロ　医薬品等安全性情報

⑦ 現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が介護予防居宅療養管理指導を行っている場合は、介護予防居宅療養管理指導費は、算定しない。

⑧ 居宅において疼痛緩和のために厚生労働大臣が別に定める特別な薬剤(以下「麻薬」という。)は「麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1項に規定する麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格(薬価基準)(平成14年厚生労働省告示第87号)に収載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には、改定後の最新の薬価基準に収載されているものを意味する。
⑨ 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行った場合に算定する。
　なお、薬局薬剤師にあっては、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。
⑩ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあっては、薬局薬剤師にあっては薬剤服用歴の記録に④の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

イ　訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)
ロ　訪問に際して行った患者又は家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)
ハ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況服薬指導の内容等に関する事項を含む）の要点
ニ　利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)

⑪ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあっては、医療機関の薬剤師にあっては薬剤管理

指導記録に⑤の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

イ　麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等) ロ　麻薬に係る利用者又は家族への指導・相談事項(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等) ハ　利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項 ニ　その他の麻薬に係る事項

⑫ 医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。また、薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文書は、診療録に添付する等により保存することとする。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
病状の変化などで医師が臨時の投薬をする場合にも対応できるように、薬剤師の訪問回数の上限を緩和すること。	算定できる回数に限度を設けてはいますが、訪問回数については、利用者の心身の状態に応じて対応できるよう上限を設けてはいないところです。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問8）薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導における医師・歯科医師からの指示は、医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でもよいのか。	（答） 医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でも構わない。この場合の情報提供は、医師・歯科医師と薬局薬剤師がサービス担当者会議に参加し、医師・歯科医師から薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導の必要性を提案する方法や、サービス担当者会議に参加が困難な場合や開催されない場合には、文書（メールやFAXでも可）により薬局薬剤師に対して情報提供を行う方法が考えられる。

医療機関で居宅療養管理指導を行っていますが、介護予防の申請は必要でしょうか。	保険医療機関若しくは保険薬局の指定を受けている病院若しくは診療所において、現段階でみなし指定を受けている事業所については、介護保険法附則第13条に基づき、介護予防のみなし指定も受けることができますので特に申請は不要です。 【介護保険法附則第13条】 この法律の施行の際現に健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第三項第1号の規定による保険医療機関若しくは保険薬局の指定を受けている病院若しくは診療所若しくは薬局又は同法第86条第一項第1号の規定による特定承認保険医療機関の承認を受けている病院若しくは診療所の開設者については、施行日に、当該病院、診療所又は薬局により行われる新介護保険法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス（病院又は診療所にあっては介護予防居宅療養管理指導（同条第六項に規定する介護予防居宅療養管理指導をいう。以下この条において同じ。）その他厚生労働省令で定める種類の新介護保険法第8条

	の2第1項に規定する介護予防サービスに限り、薬局にあっては介護予防居宅療養管理指導に限る。）に係る新介護保険法第53条第1項本文の指定があったものとみなす。ただし、当該病院、診療所又は薬局の開設者が施行日の前日までに、厚生労働省令で定めるところにより別段の申し出をしたときは、この限りでない。

6－1 通所介護

通所介護については、介護予防通所介護と異なり、一定時間高齢者を預かり家族の負担の軽減を図る機能も有していること等を踏まえ、現行の時間単位の体系を維持しつつ、機能に応じた評価を行う。

(1)基本単価

基本単価においては、軽度者と重度者の報酬バランスを見直すとともに、規模に応じた報酬設定(通所介護は 3 段階)とする。また、送迎加算を基本単価に包括するとともに、入浴加算は一本化する。

旧		新
単独型通所介護費 〈6 時間以上 8 時間未満の場合〉 要支援　572 単位 要介護 1・2　709 単位 要介護 3～5　1，006 単位	→	**小規模事業所の場合** ※前年度の 1 月当たり平均利用延人員(要支援を含む。以下同じ。)が 300 人以内の事業所の場合 〈6 時間以上 8 時間未満の場合〉 経過的要介護　707 単位 要介護 1　790 単位 要介護 2　922 単位 要介護 3　1，055 単位 要介護 4　1，187 単位 要介護 5　1，320 単位
併設型通所介護費 〈6 時間以上 8 時間未満の場合〉 要支援　482 単位 要介護 1・2　614 単位 要介護 3～5　903 単位		**通常規模型事業所の場合** ※前年度の 1 月当たり平均利用延人員が 300 人を超える事業所の場合 〈6 時間以上 8 時間未満の場合〉 経過的要介護　608 単位 要介護 1　677 単位 要介護 2　789 単位 要介護 3　901 単位 要介護 4　1，013 単位 要介護 5　1，125 単位
		大規模事業所の場合 前年度の 1 月当たり平均利用延人員が 900 人超の場合は、通常規模型事業所の単位数に 90／100 を乗じた単位数で算定する。

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明等】
(設備の共用)
通所介護と介護予防通所介護について、設備の共用は基準上可能であり、インフォメーションQ＆Aでも示したとおり、利用定員の設定はどちらも定員の上限にしたほうが、定員枠内で介護と予防の割合を調整できるため、運営しやすいと思われる。
【問い50】資料916頁
一般の通所介護と認知症対応型通所介護を、同一の時間帯に同一の場所を用いて行うことは可能か。

【答え50】認知症対応型通所介護は、対象者を認知症の者に限定し、認知症の特性に配慮したサービス形態であることから、一般の通所介護と一体的な形で実施することは認められない。認知症対応型通所介護を一般の通所介護と同じ事業所で同一の時間帯に行う場合には、例えばパーテーション等で間を仕切るなどにより、職員、利用者及びサービスを提供する空間を明確に区分することが必要である。

（送迎）
【問い47】資料915頁
指定認知症対応型通所介護において、送迎を行わないことは可能か。
【答え47】指定認知症対応型通所介護事業所において、送迎が不要な利用者がいる場合は、送迎を行わないことは可能である。

【問い48】資料915頁
送迎を行わない指定認知症対応型通所介護事業所のサービスを利用する際に、訪問介護の通院等のための乗車又は降車の介助を利用することは可能か。
【答え48】送迎が必要な利用者がいる場合は、本来、指定認知症対応型通所介護事業所の責任において送迎を行うべきであり、それを含めた報酬設定であることから、別に訪問介護の報酬を算定することはできない。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
送迎を行わず、家族が行わざるを得ない場合も考えられることから、送迎加算は廃止すべきではないのではないか。	送迎サービスについては、ほとんどの事業所が既に実施しており、加算を廃止しても、利用者やその家族の利便の観点から、事業所においては引き続き、希望される利用者に対し適切に送迎サービスが提供されるものと考えています。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問57）現行で、加算をとらず、訪問介護員等による送迎で通所系サービスを利用する場合があるが、送迎の基本報酬への包括化されることにより取扱いがどのように変わるか。	（答） 送迎に要する費用が包括化されたことから、すでに、送迎については、通所介護費において評価していることとなり、訪問介護員等による送迎を、別途、訪問介護費として算定することはできない。

（2）事業所規模による区分の取扱い

① 事業所規模による区分については、施設基準第１号イ(1)に基づき、前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月 31 日をもって終わる年度とする。以下この項において同じ）の１月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所介護費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所介護事業所に係る指定通所介護事業者が指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所介護事業所における前年度の １ 月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所介護事業者が指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所介護事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。

② 平均利用延人員数の計算に当たっては、3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者（2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者を含む）については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所介護事業所の利用者の計算については単純に延人員を加えるのではなく、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日毎に加えていくこととする。

③ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は前年度から定員を概ね25％以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の 90%に予定される１月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所介護費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所介護費を算定している月（3月を除く）の1月当たりの平均利用延人員数とする。

⑤ なお、注4（前年度の １ 月当たり平均利用延人員が 900 人超の場合は、上記の単位数に90／100を乗じた単位数で算定する。）において定める平均利用延人員数の計算についても、上記①から④と同様の取扱いとする。

「前年度の実績が6月に満たない事業者について」

質問1）平成17年10月16日に指定を受けた事業者ですが、前年度の実績が6月に満たない事業者に該当しますか。
回答1）該当します。（6月に満たないため）

質問2）前年度の実績が6月に満たない事業者の場合、「便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数」とあるが、予定される1月当たりとは、当該請求月の営業日数なのか、予定される年度の月の平均営業日数なのか。
回答2）予定される年度の月の平均営業日数とする。

質問3）年度の平均とすると、当初の営業日数と変更届等により営業日数が変わる場合も想定されるが、いかがか。
回答3）基本的に年度ベース。程度問題でもあるが、翌年度の実績に反映するため、当初の予定と異なっていても差し支えない。

質問4）「定員を概ね25%以上」の「概ね」の範囲はどうか。
回答4）25%で切ってしまうと、地域の実情に応じて問題となる事例もあると考え、「概ね」という表現をした。最終的には愛知県の判断如何。

※3月13日国説明：小規模、通常規模、大規模については、運営コストとスケールメリットを配慮。詳しい内容は別途 Q&A でお示ししたい。②の後段について、介護予防の計算方法だが、たとえば午前5人、午後6人であれば、「6人」で計算するという趣旨。④については、3月の利用者の計算は無理なので、2月までとした。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
通所介護・通所リハビリにおける大規模事業所の減算について、1年間程度は経過措置をおいてほしい。	経過措置は予定していません。大規模事業所の減算を行う理由については、下欄を参照ください。
大規模減算の人員数について、900 人を根拠とする理由如何。年中無休のデイサービスを行った事業所が、減算対象となることは不適当ではないか。	利用者数が900人を超える事業所においては収支状況が大きく改善するとの実態調査を根拠としており、営業日数の多寡にかかわらず、事務経費等の固定経費についてスケールメリットが働くことから、それに相当する程度の減額を行うものです。

【3月22日 Q&A（vol.1）】	
（問39）通所サービスと介護予防通所サービスについて、それぞれの定員を定めるのか、それとも全体の定員の枠内で、介護と予防が適時振り分けられれば良いものか。その場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。	（答） 通所サービスと介護予防通所サービスを一体的に行う事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者（要介護者）と予防給付の対象となる利用者（要支援者）との合算で、利用定員を定めることとしている。例えば、定員20人という場合、要介護者と要支援者とを合わせて20という意味であり、利用日によって、要介護者が10人、要支援者が10人であっても、要介護者が15人、要支援者が5人であっても、差し支えないが、合計が20人を超えた場合には、介護給付及び予防給付の両方が減算の対象となる。
（問40）小規模、通常規模通所介護費を算定している事業所については、月平均の利用者数で定員超過した場合となっているが、今回の改正で月平均の利用者数とされた趣旨は。	（答） 介護予防通所サービスについては、月額の定額報酬とされたことから減算についても月単位で行うことが必要となったため、定員超過の判断も月単位（月平均）とすることとしている。 また、多くの事業所は、介護と予防の両サービスを一体的に提供し、それぞれの定員を定めていないと想定されることから、介護給付についても予防給付にあわせて、月単位の取扱いとしたところである。

（問41）通所介護における定員遵守規定に、「ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合はこの限りではない」との規定が加えられた趣旨如何。	（答） 従前より、災害等やむを得ない事情がある場合には、その都度、定員遵守規定にかかわらず、定員超過しても減算の対象にしない旨の通知を発出し、弾力的な運用を認めてきたところであるが、これを入所系サービスと同様、そのような不測の事態に備え、あらかじめ、規定する趣旨である。したがって、その運用に当たっては、真にやむを得ない事情であるか、その都度、各自治体において、適切に判断されたい。
（問42）通所系サービス各事業所を経営する者が、市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業も受託して、これらを一体的にサービス提供することは可能か。また、その場合の利用者の数の考え方如何。	（答） それぞれのサービス提供に支障がない範囲内で受託することは差し支えないが、その場合には、通所系サービスの利用者について、適切なサービスを提供する観点から、特定高齢者も定員に含めた上で、人員及び設備基準を満たしている必要がある。 また、プログラムについても、特定高齢者にかかるものと要介護者、要支援者にかかるものとの区分が必要であるとともに、経理についても、明確に区分されていることが必要である。なお、定員規模別の報酬の基礎となる月平均利用人員の算定の際には、（一体的に実施している要支援者は含むこととしているが）特定高齢者については含まない。
（問43）実績規模別報酬について、利用者等のニーズに応えて日祝日にも実施している事業所が不利となるが、これらの事業所の算定特例は検討されないのか。	（答） 利用者の日祝日にサービスを受けるニーズに適切に対応する観点から、実績規模別の報酬に関する利用者の計算に当たり、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6／7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算し、当該利用者数に基づき実績規模別の報酬を算定する取扱いとする。
（問44）同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。	（答） 実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。ただし、3時間以上4時間未満の単位を利用した者については1／2を乗じた数、4時間以上6時間未満の単位を利用した者については3／4を乗じた数を合算することとし、また、予防給付の対象（要支援者）の利用者数については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日毎に合算する取扱いとする。
（問45）事業所規模別に報酬が変更となるが、前年度請求実績から、国保連合会が請求チェックしないのか。	（答） 事業所規模別の報酬請求については、国保連合会による事前チェックは実施しないため、監査等の事後チェックで適正な報酬請求を担保することとなる。
（問46）事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。	（答） いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない取扱いとする。
（問47）平成17年度における通所介護における平均利用延人員数の計算に当たっ	（答） 認知症型通所介護の利用者については、平均利用延人員数の計算には含めない取扱いとする。

て、認知症型通所介護の利用者数も含めて計算するのか。	
（問48）通所系サービスの1月当たりの延べ利用人員が900人を超えると減算（90%）となるが、これにかかる経過措置はないのか。	（答） 一定以上の利用人員になると、管理コスト等について規模のメリットを享受し、収支状況が大幅に改善することから定員規模別の報酬設定を行うものであり、特段の経過措置は考えていない。なお、平成18年度について、平成17年度の実績に基づいて規模を適正に判断することとしているが、これによりがたい場合については、推計値により判断することとしている。

＜国に再照会→回答あり（平成18年6月20日）＞

介護職員及び看護職員の減算の取り扱いはどのようにおこなうのか	【介護職員】 当該月において、 （営業日のサービス提供時間中における、職員が実際に勤務した時間の合計）÷（各営業日における従事すべき職員数×サービス提供時間）＜1 となった場合に翌月1か月間の全利用者分が減算の扱いとなる。 【看護職員】（単位ごと） 当該月において、病欠等やむを得ず欠員となった場合、 看護職員が欠員となる日が当該月の営業日の1割に満たない場合は、減算の扱いとならない。 1割を超える場合であっても、当該月平均で1人を超える場合は減算の扱いとならない。 なお、この取扱いについては、介護予防通所介護・通所リハビリテーション（~~OT、PT、STの取扱いは~~介護職員の方法を準用する）についても同様としたので留意されたい。

【6月30日 Q&A（vol.5）】 （問1）平成18年4月改定関係Q&A（vol.1）問17において示された通所介護における看護職員についての具体的な人員欠如の計算方法如何。	（答） 通所介護における看護職員については、月平均で1名以上を配置するものとしているところであるが、この場合の減算の考え方は、「指定居宅サービス費の額の算定基準（短期入所サービス等に係る部分）等の制定に伴う実施上の留意事項」（平成11年老企第40号）に定められた介護保険施設等における人員欠如減算と同様、人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、翌月分を減算することとする。なお、この措置は4月1日に遡って適用することとする。 （算定式）（単位ごと） サービス提供日に配置された延べ人員÷サービス提供日≧0．9

＜国に照会→回答あり（平成18年7月5日）＞

制度改正Q＆A(VOL6)問2の回答は、機能訓練加算を算定しない場合も、サービス提供日に機能訓練指導員の配置が必要ということか。	機能訓練指導員が機能訓練の内容を決定し、その指導の下で介護職員等が利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う場合は、全てのサービス提供日に機能訓練指導員の配置は要しない。

愛知県における見解（平成 18 年 6 月時点）

制度改正Q＆A(VOL1)問40の回答に「定員超過の判断も月単位（月平均）とすることとしている。」とあるが、定員超過の日があっても、月平均で定員以下であれば良いということか。	定員は、事業所が人員、設備及び運営基準を満たすものとして判断し、県に届け出ていることから、定員超過は基準を満たさなくなる恐れがあるため、適切でないと考えられる。

＜国に照会→回答あり（平成18年8月24日）＞

単位・定員の変更を行うことにより、概ね25％以上の定員変更になった場合は、事業所規模による区分(小規模・通常規模・大規模）は、「便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当りの営業日数を乗じて得た数とする。」とあるが、その都度、事業所規模による区分は変更されると解してよいか。	定員が大幅に変更となった場合は、実態に即し、その都度、事業所規模による区分を見直す必要がある。 その結果、事業所規模による区分を変更する場合は、県へ加算等の届出が必要であり、開始時期も通常の加算等の届出と同様であるため注意すること。 【以下県解釈】 ただし、定員変更に至る理由が介護保険制度上妥当である必要がある。（直近の利用状況からみて、当該定員変更により利用者が不利益を被る恐れがある場合は認められない。） （通所リハビリテーションも同様とする。）

＜国に追加照会→回答あり（平成18年10月19日）＞

（問い）通所介護において定員が概ね25％以上変更した場合は、その都度、事業所規模を検討することとなっているが、営業日や営業時間の変更があった場合もその都度、事業所規模を検討するのか？	定員が大幅に変更となった場合と同様、営業日や営業時間が変更した場合もその都度、事業所規模による区分を見直す必要がある。 　なお、通所リハについても当然同じ取り扱いである。

愛知県における見解（平成 19 年 3 月時点）

（問い）通所介護において、介護予防専用の単位を増設する場合でも、概ね25％以	実態として分離された介護予防専用単位の増設、定員変更及び廃止は、定員の変更であるが、区分が関係する介護給付（介護給付と予防給付の一体的運営を含む）の単位には変

上の定員変更に該当すれば、その都度、事業所規模を検討するのか。	更がないので、推定利用者数による事業所規模の見直しは行わない取扱いとする。

（3）加算

ア 個別機能訓練加算（機能訓練体制加算の見直し）

個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、現行の機能訓練体制加算（27 単位／日）の算定要件を見直し、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行った場合に加算する。

個別機能訓練加算は、理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という） について算定する。 個別機能訓練加算に係る機能訓練（以下「個別機能訓練」という） は、1日 120 分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば、1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日におけるサービスのみが当該加算の算定対象となる。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。なお、通所介護事業所の看護職員が加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。 個別機能訓練を行うに当たっては機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその 3 か月後に 1 回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等） は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
機能訓練員として鍼灸師・あんまマッサージ師を追加すべき。	機能訓練指導員の資格の範囲の変更は考えていません。なお、あん摩マッサージ指圧師は、既に機能訓練指導員として機能訓練に従事することが可能です。

【質問】 通所介護と介護予防通所介護において機能訓練指導員が1日120分しか勤務しない場合において、（すなわち兼務した場合）、個別機能訓練加算と運動器機能向上加算はともに算定できますでしょうか。
【県の回答】どちらかしか算定できません。 なお、介護給付の個別機能訓練加算と介護予防の運動器機能向上加算をともに算定する場合の例示として、同一の職員が看護職員で、かつ機能訓練指導員の場合には、機能訓練指導員としては2時間+α（例えば適切な業務量を勘案し、3時間とした場合、介護給付の個別機能訓練加算の2時間＋介護予防の運動器機能向上加算の1時間）、看護職員としては残りのサービス提供時間（口腔機能向上加算の時間も含む）とした場合は現段階で認めることとし

ます。 （例）　　４月１日.・・・・ 看護職員 A（常勤兼務）　　５　５　・・・ 機能訓練指導員 A（常勤兼務）　３　３　・・・	
【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問49）個別機能訓練加算について体制ありと届け出た事業所は、全ての利用者の計画を作成し、個別機能訓練を実施しなければならないのか。また、利用者全てが対象の場合は特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算をとることが出来ないということになるのか。（現行の機能訓練指導員加算は、特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算を算定することができる）。	（答）個別機能訓練加算は、体制加算ではなく、個別の計画作成等のプロセスを評価するものであることから、利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、当該単位の全ての利用者について計画作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。また、特定の曜日のみ専従の機能訓練指導員を配置して、個別機能訓練を実施することも可能であり、その場合、当該曜日の利用者のみに加算を算定することとなるが、その場合であっても、当該曜日の利用者全員の計画を作成することが基本となる。なお、利用者の選択に資するよう、特定の曜日にのみ専従の機能訓練指導員を配置している旨について利用者にあらかじめ説明しておくことも必要である。
（問50）通所介護の看護師が機能訓練指導員を兼務した場合であっても個別の機能訓練実施計画を策定すれば個別機能訓練加算は算定可能か。また、当該職員が、介護予防通所介護の選択的サービスに必要な機能訓練指導員を兼務できるか。	（答）個別機能訓練加算を算定するには、1日120分以上専従で1名以上の機能訓練指導員の配置が必要となる。通所介護事業所の看護師については、サービス提供時間帯を通じて専従することまでは求めていないことから、当該看護師が本来業務に支障のない範囲で、機能訓練指導員を兼務し、要件を満たせば、個別機能訓練加算を算定することは可能であり、また、当該看護師が併せて介護予防通所介護の選択的サービスの算定に必要となる機能訓練指導員を兼務することも可能である。ただし、都道府県等においては、看護師1名で、本来の業務である健康管理や必要に応じて行う利用者の観察、静養といったサービス提供を行いつつ、それぞれの加算の要件を満たすような業務をなし得るのかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。

複数の通所介護事業所を利用している場合、個別機能訓練加算は両方で算定可能か。	個別機能訓練加算については、双方で情報を共有して計画されていれば、両方で算定可能。

イ 栄養マネジメント加算の創設

低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

栄養マネジメント加算(新規)⇒ 100 単位／回 ※月 2 回まで。原則 3 か月

①栄養マネジメント加算の取扱い栄養マネジメント加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
② 管理栄養士を 1 名以上配置して行うものであること。
③ 栄養マネジメント加算を算定できる利用者は、BMI が標準を大きく下回る者、体重の減少が認められる者、栄養面や食生活上に問題のある者など低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とすること。
(4月28日・国に照会したところ、現在、単に低栄養状態のリスクがある者のみでなく、栄養面や食生活上に問題が見受けられ、将来的に低栄養状態になる可能性があるものも想定しており、スクリーニングの結果によっては肥満も対象となる。)
④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからニまでに掲げる手順を経てなされる。
イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
ロ 利用開始時に管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「関連職種」という。)が暫定的に、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握(以下「栄養アセスメント」という。)を行い、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき栄養管理上の課題等に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
ニ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね 3 か月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供すること。
⑤ 概ね 3 か月ごとの評価の結果、次のイからハのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当会通じて認められるものについては、引き続き算定することが可能であること。
※3月13日国説明:3ヶ月ごとに見てくださいということ。
イ BMIが概ね 18.5 未満の者又はサービス提供期間中に、概ね 3%以上の体重減少が認められる者
ロ 健康診査等の結果が活用できる場合については、血清アルブミン値 3.5g/dl 以下である者、活用できない場合については、管理栄養士による情報収集の結果、家庭等における食事摂取に係る問題が解決していないと認められる者
ハ 経腸栄養法又は静脈栄養法を行っている者であって、経口摂取への移行の可能性がある者など、引き続き管理栄養士による栄養管理が必要と認められる者

【質問】通所系のサービスの栄養マネジメント加算(介護給付)及び栄養改善加算(介護予防)について、本体施設との併設事業所との兼務可能か。

【回答】業務に支障がない範囲において、本体施設の管理栄養士が通所系のサービスの管理栄養士の職を兼務でき、加算を算定できる。(3月7日国回答)

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
選択的サービスの算定要件に、専門資格者（歯科衛生士、管理栄養士等）を1名以上配置していることとあるが、常勤専属の専門資格者を確保しなければならないのか。、複数事業所の兼務で可か。また、別法人との委託契約で足りるのか。	算定要件を満たすサービス提供がなされれば、非常勤あるいは兼務であっても算定は可能であり、常勤専従であることを要しません。ただし、多職種協働が前提となっており、事業所としての指揮命令関係は担保する必要があることから、委託契約は認められません。

【3月22日 Q&A（vol.1）】	
（問30）管理栄養士を配置することが算定要件になっているが、常勤・非常勤の別を問わないのか。	（答） 管理栄養士の配置については、常勤に限るものはなく、非常勤でも構わないが、非常勤の場合には、利用者の状況の把握・評価、計画の作成、多職種協働によるサービスの提供等の業務が遂行できるような勤務体制が必要である。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）
（問31）管理栄養士が、併設されている介護保険施設の管理栄養士を兼ねることは可能か。	（答） 介護保険施設及び介護予防通所介護・通所リハビリテーションのいずれのサービス提供にも支障がない場合には、介護保険施設の管理栄養士と介護予防通所介護・通所リハビリテーションの管理栄養士とを兼務することは可能である。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）
（問32）管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。	（答） 当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。）が行うものであり、御指摘の給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。（居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）
（問33）管理栄養士ではなく、栄養士でも適切な個別メニューを作成することができれば認められるのか。	（答） 適切なサービス提供の観点から、加算の算定には、管理栄養士を配置し、当該者を中心に、多職種協働により行うことが必要である。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）
（問34）栄養改善サービスについて、今回の報酬改定では3月毎に継続の確認を行うこととなっているが、「栄養改善マニュアル」においては、6月を1クールとしている。どの	（答） 低栄養状態の改善に向けた取組は、食生活を改善しその効果を得るためには一定の期間が必要であることから、栄養改善マニュアルにおいては6月を1クールとして示されている。報酬の算定に当たっては、3月目にその継続の有無を確認するものであり、対象者の栄養状態の改善や食生活上の問題点が無理なく改善できる計画を策定のうえ、3月毎に低

ように実施したらよいのか。	栄養状態のスクリーニングを行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、当該地域包括支援センターにおいて、低栄養状態の改善に向けた取組が継続して必要と判断された場合には継続して支援されたい。
（問52）栄養マネジメント加算の対象とする「低栄養状態又はそのおそれのある者」の確認は医師の診断等により行う必要があるのか。	（答） 通所介護・通所リハビリテーションの栄養改善サービスの対象者については、サービス担当者会議等における医師の指導の下に、栄養ケア計画策定時に、介護支援専門員、管理栄養士等が低栄養状態のリスクの状況や食生活の状況を確認することによって判断するものである。

【5月2日 Q&A（vol.4）】 （問１） それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所に通所している場合、それぞれの事業所で同時に栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるか。	（答）ご指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

ウ 口腔機能向上加算の創設

口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

口腔機能向上加算(新規)⇒ 100 単位／回 ※月 2 回まで。原則 3 か月

＜口腔機能向上加算の取扱い＞

口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置して行うものであること。

③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、口腔清潔に問題のある者、摂食・嚥下機能に問題のある者など、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とすること。なお、利用者の口腔の状態によっては、口腔機能向上サービスによるよりも、医療における対応がより適切である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、ケアマネジャーを通して主治医又は主治の歯科、医師への情報提供受診勧奨などの適切な措置を講じることとしその場合については、加算は算定できないこととする。

④ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからニまでに掲げる手順を経てなされる。

イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「関連職種」という)が利用者ごとの口腔清潔、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの、対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね 3 か月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を担当居宅介護支援員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。

※3月13日国説明:3ヶ月ごとに見てくださいということ。

⑤概ね 3 か月ごとの評価の結果、次のイ、ロのいずれかに該当する者であって、継続的に歯科衛生士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについては、引き続き算定することが可能であること。

イ 反復唾液嚥下テストが3回未満など、嚥下が困難と認められる状態の者

ロ 上肢機能に障害があるなど利用者本人による口腔清掃が困難であり、かつ、利用者を日常的に介護している家族、訪問介護員等に対する指導も不十分であることなどから、口腔衛生上の問題を有する者

【問い45】2月22日ブロック会議資料914頁

認知症対応型通所介護において、本来業務を行う看護師は、機能訓練指導員を兼務できることとなっているが、口腔機能向上加算の算定要件としての看護師も兼務することは可能か。

【答え45】それぞれの計画上に位置づけられているサービスが、適切に行われるために必要な業務量が確保できているのであれば、兼務は可能であり、口腔機能向上加算を算定することは可能である。→愛知県としては一般の通所介護においても同様に解釈します。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問35）言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護予防通所介護（通所介護）の口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、医師又は歯科医師の指示は不要なのか。（各資格者は、診療の補助行為を行う場合には医師又は歯科医師の指示の下に業務を行うこととされている。）	（答） 介護予防通所介護（通所介護）で提供する口腔機能向上サービスについては、ケアマネジメントにおける主治の医師又は主治の歯科医師からの意見も踏まえつつ、口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能の訓練の指導や実施を適切に実施する必要がある。
（問36）言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の行う業務について、委託した場合についても加算を算定することは可能か。また、労働者派遣法に基づく派遣された職員ではどうか。	（答） 口腔機能向上サービスを適切に実施する観点から、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣されたこれらの職種の者を含む。）が行うものであり、御指摘のこれらの職種の者の業務を委託することは認められない。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算についても同様の取扱いである。）

【通所介護】 通所介護の口腔機能向上加算は1月に2回となっているが、3回行った場合はその分を実費徴収をすることは可能か。また、他の通所介護事業所においても口腔機能向上加算を算定することは可能か。	たとえ3回行っても実費徴収はできない。 また、複数の事業所で同じ加算を算定することは、指導の一元化が図れないため行えない。 その場合は、主に行う事業所のみで加算を行うこと。（栄養マネジメント加算も同じ）

＜国に照会→回答あり（平成18年9月25日）＞

「利用者の口腔の状態によっては、医療における対応が必要な場合も想定されることから、その疑いがある場合は、ケアマネジャーを通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとし、その場合については、加算は算定できないこととする。」とあるが、例えば、入れ歯の調整で歯科受診している場合も、口腔機能向上加算の算定はできないか。	口腔機能向上加算は歯科診療を行っている期間については、いかなる理由であれ算定できない。 【以下県解釈】 ただし、定期的な診断等、歯科診療が継続していると判断されない場合は、算定できる。 （通所リハビリテーションも同様とする。）

エ 若年性認知症ケア加算の創設

若年性認知症の利用者を対象に、高齢者とはサービス提供単位を区分して利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に加算する。

若年性認知症ケア加算（新規）⇒ 60 単位／日

＜基準＞

1）若年性認知症利用者に適切に対応できる知識及び技術を有する看護職員又は介護職員を配置していること。
2）若年性認知症利用者の主治医等と適切に連携していること。
3）若年性認知症利用者のみにより構成される単位に対し指定通所介護が適切に提供されていること。
4）若年性認知症利用者のためにふさわしい内容の指定通所介護を実施するとともに、利用者又はその家族等に対する相談支援、情報提供等を行っていること。

＜参考＞ ブロック会議資料９１４頁 【問い４６】 指定認知症対応型通所介護と通所介護及び通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算とは何が違うのか。	１ 指定認知症対応型通所介護は、認知症の者が自宅において日常生活を送ることができるよう、地域密着型サービスとして位置づけているものである。 ２ 一方、通所介護及び通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算は、通常の通所介護及び通所リハビリテーションについて、若年性認知症利用者のみの単位でそれぞれにあった内容の介護を行ったり、利用者又はその家族等の相談支援等を行う場合に加算されるものである。

若年性認知症ケア加算の取扱い若年性認知症の利用者に対するサービスを提供するに当たっては、一般の利用者とは区分し行うこと。なお、このことは、人員配置上、若年性認知症の利用者に対するサービス提供は別単位として取り扱うという趣旨ではなく、当該利用者の特性やニーズを踏まえ、一般の利用者とはサービス内容やサービス提供の場を別にするという趣旨であるので留意すること。

若年性認知症の利用者に対するサービス内容は、授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創作的活動等の若年者としてのニーズを踏まえたプログラムとすること。

事業を実施する事業者は、若年性認知症の利用者の家族に対して相談支援を行うとともに、若年性認知症に対する情報収集と情報提供に努めること。なお、地域に家族会がある場合など、必要に応じ家族会との情報交換や市町村等を通じた家族会に対する情報提供にも配慮されたいこと。

質問1）1月26日の見直し案、2月22日ブロック会議の資料と異なっているが、本当に単位分けせず、区分でよいか。
回答1）一般の利用者とはサービス内容やサービス提供の場を別にすることができれば、区分でよい。

質問2）若年性認知症利用者とはどういう利用者を想定しているのか。
回答2）ピック病、若年性アルツハイマーなどを想定している。

質問3）若年性認知症利用者に対する研修等が行われていない事例もあり、「適切に対応できる知識及び技術を有する看護職員又は介護職員」とは具体的にどういうものをさすのか。
答え3）授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創作的活動等の若年者としてのニーズを踏まえたプログラムが作成でき、当該利用者の特性やニーズを踏まえ、対応できる職員という趣旨であり、認知症高齢者の研修を受けていることは望ましいが、必ずしも条件とはしない予

定。

質問4）体制というと、職員を加配する必要はありますか。
回答4）プログラムの手間によっては加配しなければならない事例もあるかと思うが、職員の目の届く範囲で適切に運営することができれば必ずしも加配しなくてもよい。

質問5）「若年性認知症利用者に適切に対応できる知識及び技術を有する看護職員又は介護職員」の判断材料について教えてください。
回答5）下記のような書類をふまえて総合的に判断する。

- 担当する職員の経歴書（若年性認知症高齢者を対応した経歴があることが望ましいが、十分な認識やプログラムが作成できれば可）
- 若年性認知症利用者に対する授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創作的活動等の若年者としてのニーズを踏まえたプログラム（オリジナル様式で可）
- 資格証（又は研修修了証）

※3月13日国説明：一般の高齢者とは違ったサービスメニューであるが、必ずしも「単位分け」ではなく「区分」で可。なお、プログラムの内容についても上記に限定しているわけではない。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問51）通所系サービスにおける「若年性認知症ケア加算」について、若年性とは具体的に何歳を想定しているのか。対象者は「40歳以上65歳未満」のみが基本と考えるがよろしいか。64歳で受けた要介護認定の有効期間中は65歳であっても、加算の対象となるのか。	（答） 若年性認知症とは、介護保険法施行令第2条5項に定める初老期における認知症を示すため、その対象は「40歳以上65歳未満」の者となる。若年性認知症ケア加算の対象となるプログラムを受けていた者であっても、65歳になると加算の対象とはならない。ただし、その場合であっても、その者が引き続き若年性認知症ケアのプログラムを希望するのであれば、その提供を妨げるものではないことに留意されたい。

オ 入浴加算の見直し

旧	新
入浴介助加算 44 単位／回	入浴介助加算 50 単位／回
特別入浴介助加算 65 単位／回	

（4）療養通所介護費について
　医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等を対象とした「指定療養通所介護」に関する基準を新たに設ける。

＜基準の概要＞
イ 管理者は、看護師でなければならない。

ロ　当該指定療養通所介護事業所における看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、利用者の数が1．5又はその端数を増すごとに1以上であること。
ハ　看護師がサービス提供時間を通じて1以上専従しているものであること。
ニ　利用者は難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり、常時看護師による観察が必要なものであること。
ホ　緊急時対応医療機関は、同一の敷地内に存し又は隣接し若しくは近接していなければならない。
※3月13日国説明：3ヶ月ごとに見てくださいということ。

①利用者について
　療養通所介護の利用者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護師による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。
②サービス提供時間について
　療養通所介護においては、利用者が当該療養通所介護を利用することとなっている日において、まず当該事業所の看護職員が利用者の居宅において状態を観察し、通所できる状態であることを確認するとともに、事業所から居宅に戻ったときにも状態の安定等を確認することが重要である。従って、利用者の居宅に迎えに行った時から、居宅に送り届けたのち利用者の状態の安定等を確認するまでをも含めて一連のサービスとするものであり、これらの時間をあわせてサービス提供時間とする。
③サービス提供について
　療養通所介護の提供に当たっては、利用者の状態に即した適切な計画を作成するとともに、利用者の在宅生活を支援する観点から、多職種協働により、主治の医師による医療保険のサービスや訪問看護サービス等の様々なサービスが提供されている中で、主治の医師や訪問看護事業者等と密接な連携を図りつつ、計画的なサービス提供を行うこと。

※3月13日国説明：「難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者」とは、代表的なものを例示しただけであり、適切なケアマネジメントの結果、同レベルと見受けられれば受け入れ可能と判断されたい。「近接」の定義は、社会通念上一体とみなされ、緊急時に対応できる距離。車で何分というのは想定していない。なお、緊急時対応医療機関は別法人でも可。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
「難病等」「重度要介護者」の定義如何。	指定療養通所介護は、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、常時看護師による観察を必要とする状態の要介護者をその利用者と想定しています。

【3月22日 Q&A（vol.1）】	
（問58） 療養通所介護の対象者は「難病等を有する重度要介護者」とあるが、「難病等」の「等」にはどのような疾患が含まれるのか。	（答） 療養通所介護は、重度要介護者の中で、医療ニーズも相当程度抱えており、一般の通所介護ではサービス提供を行うことがなかなか難しいと考えられる者を対象とすることを考えており、このような介護ニーズ、医療ニーズともに相当程度抱えている利用者を対象としていることから、医療との連携も含め、サービスの質の確保は特に重要であると考えている。このため、療養通所介護の指定基準においては、利用者

	の病状の急変等に迅速に対応するため、緊急時対応医療機関の設置を求めることや、地域の医療関係団体や保健、医療又は福祉の専門家等から構成される「安全・サービス提供管理委員会」の設置を求め、当該事業所より適切にサービス提供が行われているかどうか、またサービスの内容が適切であるかどうか定期的に検討し、サービスの質の確保に常に努めることとしているところである。療養通所介護の提供に当たっては、こうした指定基準の趣旨の徹底が図られ、地域の医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携（協力医療機関等）以上の緊密な連携が確保されていることも含め、サービスの提供に当たっての安全性や適切な運営が十分に担保されることが重要であると考えており、このため、対象者については、指定基準の趣旨の徹底が図られるまでの間は、重度要介護者であって、難病又はがん末期の状態にある者に限定する取扱いとする。ただし、従前から療養通所介護と同様のサービスを提供しており、地域における医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携以上の緊密な関係が既に認められる事業所（具体的には、現に試行的事業において療養通所介護と同様の事業を実施している事業所であって、療養通所介護の提供に当たっての都道府県知事の指定を受けた事業所）においては、既にサービスを受けている利用者の方々が継続して当該サービスを利用することができるようにする観点からも、平成１８年度から例外的に難病やがん末期に併せ、サービス担当者会議等において、主治医が療養通所介護の利用が不可欠であると判断する者についても対象とする取扱いとする。

6－2 介護予防通所介護

○ 介護予防の観点から積極的な役割が期待される通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的サービス」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とする。また、目標の達成度に応じた事業所評価について、 要支援度の維持・改善を指標として試行的に導入する。

ア 基本単位（共通的サービス）

対象	旧
介護予防通所介護費（新規）	要支援１　2，226 単位／月
	要支援２　4，353 単位／月

※ いずれも、送迎、入浴を基本単位に包括する。

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】

通所系のサービスとして大きく変わる点として、包括報酬ということであるが、そのサービスが過少・過大になってしまうと困るので、地域包括支援センターが関与し、どのサービスが必要かを吟味していく。基準・通知の中で最低何回、最大何回という数値設定しない。あくまで単価設定の話だが、要支援1の場合はだいたい週1回、要支援2の場合はだいたい週2回、かつ長時間でないサービスということで単価設定している。これは単価設定の話であり、適切なマネジメントの結果、必要なサービスを積算していただければよいと考えている。すなわち、ある程度のことは地域包括支援センターが関与するけれども、最終的な何回利用するとかという調整は事業者と利用者との間で話し合っていただき、この状態でしたら週何回が適切ですよと利用者に説明していただき、納得いただいた上でご利用いただくということ。これは定額報酬ということで大きく変わった点であります。

また、送迎や入浴についても基本部分に包括されています。送迎については介護給付も同じですが、ほとんどの事業所で行っているため、包括化したということ。すなわち、送迎加算がなくなったのではなく、本体の中に組み込まれているといこと。送迎は希望しなければやらなくてもよいが、送迎について報酬上評価していないわけではないということをご理解いただければと思います。入浴については、介護給付のほうは残しているが、介護予防のほうは基本部分に包括した。すなわち、軽い方（要支援者）は入浴の介護に手間がかかるとはいえないだろうということで、これも基本部分に包括したということ。決してなくなったわけではありません。

【3月22日 Q&A（vol.1）】	
（問9）介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。	（答） 御指摘のとおりである。介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。
（問10）午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事	（答） 同一の事業所にいてもらっても構わないが、単にいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所（休憩室、ロビー等）に居ていただくことが考えられ

業所にいてもらっても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。	るが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合（単にいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合）であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。 いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単にいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。
（問11）介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。	（答） 地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。 なお、現行の利用実態や介護予防に関する研究班マニュアル等を踏まえると、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されることも、一つの参考となるのではないかと考える。
（問12）介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。	（答） 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。
（問13）ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨如何。	（答） 介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。
（問14）予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては、物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。	（答） 通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。 具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率とならない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えてお

	り、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。 ①日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。 ②選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。 ③なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで必ずしも内容を明確に区分することが困難であることから、必ず物理的に区分して提供しなければならないこととする。 ~~【３月２３日、国に確認すると、記載ミスとのこと。正しくは、「必ずしも物理的に区分して提供しなくてもよい。」とのこと。】~~ ３月２９日、国より記載ミスではないという訂正あり。（最終決定とのこと）。 　趣旨として、要支援者と要介護者について同時に集団レクを行うと、要介護者が参加できない事例も想定されるため、必ず物理的に区分して提供してくださいとのこと。（なお、物理的に区分とは空間的に区分ということであり、パーテーションとか部屋による区分までは必ずしも要求していないということとのこと。）
（問１５）これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合はキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護報酬となった後もキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。	（答） キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設定することは想定しがたい。
（問１６）送迎・入浴が単位数に包括されているが、送迎や入浴を行わない場合についても減算はないのか。	（答） 送迎・入浴については、基本単位の中に算定されていることから、事業所においては、引き続き希望される利用者に対して適切に送迎・入浴サービスを提供する必要があると考えている。ただし、利用者の希望がなく送迎・入浴サービスを提供しなかったからといって減算することは考えていない。

（問17）介護予防通所介護・通所リハビリテーションの定員超過・人員欠如の減算については、歴月を通じて人員欠如の場合のみを減算とするのか。	（答） 介護予防通所介護・通所リハビリテーションについては、月単位の包括報酬としていることから、従来の一日単位での減算が困難であるため、前月の平均で定員超過・人員欠如があれば、次の月の全利用者について所定単位数を70%を算定する取扱いとしたところである。なお、この取扱いについては、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションについても同様としたので留意されたい。 （注；欠員になるか確認する方法については、P34 に掲載）

イ 各種加算（選択的サービス等）

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問22）選択的サービスについては、月一回利用でも加算対象となるのか。また、月４回の通所利用の中で１回のみ提供した場合には加算対象となるのか。	（答） 利用者が月何回利用しているのかにかかわらず、算定要件を満たしている場合には加算の対象となる。
（問23）選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。	（答） 選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。
（問24）各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。また、サービス計画書の参考様式等は作成しないのか。	（答） 各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。なお、計画書の参考様式については特に示すことは考えていないので、厚生労働省のホームページに掲載している「介護予防に関する事業の実施に向けた具体内容について」（介護予防マニュアル）や「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年9月7日老老発第 0907002 号）も参考に各事業所で工夫して、適切なサービス提供が図られるよう、必要な計画の作成を行われたい。

①運動器機能向上加算

理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

運動器機能向上加算（新規）⇒225 単位／月

●運動器機能向上加算の取扱いについて ① 運動器機能向上サービスを提供する目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまで手段である

ことに留意すること。
② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。
③ 運動器機能向上サービスについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。
イ 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。
ロ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するための概ね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するための概ね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとすること。
ハ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。
その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、概ね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。
ニ 運動器機能向上計画に基づき、利用者毎に運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
ホ 利用者の短期目標に応じて、概ね1月間毎に、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。
ヘ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者毎に、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、上記イからへまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
予防給付においては通常以上のリスクの配慮が必要と考えられるが、高齢者に対するリスクへの対応としてどのように考えているのか。	運動器機能向上サービス等の選択的サービスの実施においては、機能訓練指導員等の専門的知識を有する者の配置を義務付けており、実施に当たっても適切な体調確認や転倒防止等の環境整備等のリスク対応を行うこととしています。

【3月22日 Q&A（vol.1）】	

（問２５）介護予防通所介護における運動器機能向上加算の人員配置は、人員基準に定める看護職員以外に利用時間を通じて1名以上の配置が必要か。また、１名の看護職員で、運動器機能向上加算、口腔機能向上加算の両方の加算を算定してもかまわないか。	（答） 運動器機能向上加算を算定するための前提となる人員配置は、PT、OT、ST、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師のいずれかである。看護職員については、提供時間帯を通じて専従することまでは求めていないことから、本来の業務である健康管理や必要に応じて行う利用者の観察、静養といったサービス提供にとって支障がない範囲内で、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービスの提供を行うことができる。ただし、都道府県等においては、看護職員１名で、基本サービスのほか、それぞれの加算の要件を満たすような業務をなし得るのかどうかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。
（問２６）運動器の機能向上について、個別の計画を作成していることを前提に、サービスは集団的に提供してもよいか。	（答） 個別にサービス提供することが必要であり、集団的な提供のみでは算定できない。なお、加算の算定に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービス提供を行うことを妨げるものではない。
（問２７）運動器の機能向上加算は１月間に何回か。また、１日当たりの実施時間に目安はあるのか。 利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるのか。	（答） 利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。 また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。
（問２８）介護予防通所介護における運動器機能向上加算の「経験のある介護職員」とは何か。	（答） 特に定める予定はないが、これまで機能訓練等において事業実施に携わった経験があり、安全かつ適切に運動器機能向上サービスが提供できると認められる介護職員を想定している。
（問29）介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上加算を算定するための人員の配置は、PT、OT、STではなく、看護職員ではいけないのか。	（答） 介護予防通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションとしての運動器機能向上サービスを提供することとしており、より効果的なリハビリテーションを提供する観点から、リハビリの専門職種であるPT、OT又はSTの配置を算定要件上求めているところであり、看護職員のみの配置では算定することはできない。なお、サービス提供に当たっては、医師又は医師の指示を受けたこれらの3職種若しくは看護職員が実施することは可能である。

②栄養改善加算

　低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

栄養改善加算（新規） ⇒ 100 単位／月

・通所介護における栄養マネジメント加算と基本的に同様であるので上記を参照してください。

③口腔機能向上加算

口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。
口腔機能向上加算（新規）⇒ 100 単位／月

・通所介護における口腔機能向上加算と基本的に同様であるので上記を参照してください。

④アクティビティ実施加算（介護予防通所介護のみ）
利用者に対して、計画的にアクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう。）を実施した場合に加算する。
アクティビティ実施加算（新規）＝ 81 単位／月

3月14日の官報号外第54号 厚生労働省告示第 127 号 214頁（抜粋）
ロ アクティビティ実施加算
注 利用者に対して、当該利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成された計画に基づき、アクティビティ（集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいう。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、ハの運動器機能向上加算、ニの栄養改善加算又はホの口腔機能向上加算に係る届出を行っている場合は算定しない。

介護予防通所介護のアクティビティ加算については、「運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算の加算を算定している場合は算定不可。」とありますが、利用者単位なのか、事業所単位なのか。→事業所単位。

●2月22日ブロック会議での説明（厚生労働省老健局老人保健課・担当者）
「各種加算についてはこれについても包括報酬となり、月額の定額報酬となっています。これも国会で議論あった新しいメニュー、3つの選択サービス、運動機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算が登場したわけでありますが、こちらについてはそれぞれのきっちりとした専門の方を用意していただく、これについては必ずしも常勤でなくてもよく、たとえば週一回の定期的においでいただく、ST さんとか、歯科衛生士とか、管理栄養士とか非常勤という形で契約していただくこれでいいだろう、という考え方としています。
アクティビティ実施加算、これは通所介護だけですが、これも国会で議論あって、今筋トレってあまりいっていませんが、筋トレ、筋トレ、そればっかりはどうなのか、従来どおりのレクリエーションをやるといった事業所もあってもよいのではないのかという議論があったのですが、ちょっと変といえば変ですが、3つの新しい選択メニューについて、まったく実施しないという事業所について、あくまで事業所単位、事業所単位、言っていることわかります、だからえっと、3つのメニューを選択する事業所で、ご利用者たまたま、どのメニューもいりませんといったって、アクティビティ加算をとれるということではない、それはそういう事業所なので基本部分しかない。かたや選択メニューを実施しないという事業所についてはアクティビティ加算を実施できる、ちょっとアクティビティ加算が変な形になってしまいましたが、そういう形でご理解いただきたいとそんなふうに思っています。」

【追加質問1】
事業所単位ということですが、介護予防通所介護において単位を分けて、1単位目アクティビティ加算、2単位目選択メニューということはできますか。

（追加回答1）
事業所単位ですので、介護予防通所介護において単位を分けて、1単位目アクティビティ加算、2単位目選択メニューということはできません。

【追加質問2】

選択メニューを届け出せず、さらにアクティビティ加算を取らないことは可能か。
（追加回答2） 介護予防通所介護においてレクリエーションを行わないことは想定していないので、アクティビティ加算を算定しない事例は想定できない。
【追加質問3】 介護予防通所介護で3つの選択サービスを提供する事業所で利用者がどの選択サービスもいりませんといった場合、基本単位（共通的サービスのみの算定となるという解釈でよろしいでしょうか。
（追加回答3） そのとおりです。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問18）計画のための様式は示されるのか。また、アクティビティ実施加算を算定するための最低回数や最低時間などは示されるのか。	（答） 様式や最低回数・時間等を特に示す予定はない。従来と同様の計画（通所介護計画等）に基づくサービス提供が適切になされれば、加算の対象とすることとしている。
（問19）加算算定のための人員配置は必要ないのか。	（答） 特に基準を超える人員を配置してサービス実施する必要はなく、従来通りの人員体制で、計画に基づくサービス提供が適切になされれば、加算の対象となる。
（問20）運動器の機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算の届出をしている事業所において、利用者がそれらの選択的サービスを希望しなかった場合は基本単位のみの介護報酬となるのか。それともアクティビティ実施加算を算定することができるのか。	（答） アクティビティ実施加算は、3つの選択的サービスの加算の届出をしていない事業所のみが算定することができる。したがって、3つの選択的サービスを実施することとしている事業所において、利用者がそれらの選択的サービスを希望しなかった場合であっても、アクティビティ実施加算は算定できない。
（問21）事業所外で行われるものもアクティビティ加算の対象とできるのか。	（答） 現行の指定基準の解釈通知に沿って、適切にサービスが提供されている場合には加算の対象となる。

＜国に照会→回答あり（平成18年12月22日）＞

（問い）介護予防通所介護において、月の途中で選択サービスの体制がとれなくなり、アクティビティ加算に切りかえる場合でも、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合は翌々月から算定を開始することになるのか。	（答え）アクティビティ加算は基準省令に基づく加算であるため、運用通知のとおり、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から算定を開始することになる。この場合、届出の時期によっては、選択メニューの加算もアクティビティ加算も算定できない

	期間が発生することがある。

⑤事業所評価加算

上記の①～③の加算の対象となる事業所について、 試行的取組として、評価対象となる期間（原則として各年 1 月～12 月までの期間）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価期間の次年度における当該事業所のサービス提供につき加算する。

事業所評価加算（新規）⇒100 単位／月

一）①、②又は③の加算の対象となる事業所であり、都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。
二）評価対象期間（原則として各年1月1日から12月31日までの期間とする。ただし、届け出た初年においては、当該届出をした日から同年12月31日までの期間とする。以下同じ。）における当該介護予防事業所の利用実人員が10名以上であること。
三）次の（2）を（1）で除した割合が2を超えること。

（1）評価対象期間において、当該指定介護予防事業所の提供する選択的サービスを3月以上の期間利用し、かつ、当該サービスを利用した後、更新・変更認定を受けた者の数

（2）選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる更新・変更認定において、更新・変更認定の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者（指定介護予防支援事業者において、介護予防サービス計画に定める目標に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る。）の数に、要支援状態区分の変更の程度に応じて次に定める数を乗じた数を加えたもの

a 更新・変更認定前の要支援状態区分が要支援2の者であって、更新・変更認定後の要支援状態区分が要支援1となったもの又は更新・変更認定前の要支援状態区分が要支援1の者であって、更新・変更認定において非該当となったもの　　5

b 更新・変更認定前の要支援状態区分が要支援2の者であって、更新・変更認定において非該当となったもの　　10

$$\frac{\text{要支援度の維持者数＋1ランク改善者数×5＋2ランク改善者数×10}}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} > 2$$

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】

新しい加算として、事業所評価加算、いわゆる成功報酬、これについては、今回の予防は目標指向型、要するにお元気になることが目的です。きちんとした運動器機能向上等、その手段、その人がやりたいことを一つでもできることをふやしていこう、改善していこうという、そういう手助けすることについて評価しようではないかということ。要支援を改善したり、目標が達成した場合に評価したりし、過去1年間見て、次の年度に介護報酬で評価していく。利用者にとって1割負担は増すことになるが、よりよい事業所として、事業所を選ぶときの参考になるとも考えられる。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問37）事業所の利用者の要支援状態の維持・改善が図られたことに対する評価であると認識するが、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対する説明に苦慮することとなると考えるが見解如何。	（答） 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分に説明し、理解を求めることが重要であると考えている。
（問38）要支援状態が「維持」の者についても「介護予防サービス計画に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。	（答） 介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられるものである。

7―1 通所リハビリテーション

旧		新
〈6 時間以上 8 時間未満の場合〉 要支援　　563 単位 要介護 1・2　699 単位 要介護 3～5　972 単位	→	（6 時間以上 8 時間未満の場合〉 経過的要介護 591 単位 要介護 1　688 単位 要介護 2　842 単位 要介護 3　995 単位 要介護 4　1，149 単位 要介護 5　1，303 単位 **大規模事業所の場合** 前年度の 1 月当たり平均利用延人員が 900 人超の場合は、通常規模型事業所の単位数に 90／100 を乗じた単位数で算定する。

※送迎を基本単位に包括。

ア）平均利用延人員の取扱い

通所介護と同様であるので上記を参照してください。

イ）入浴加算の見直し

旧	新
入浴介助加算 44 単位／回	入浴介助加算 50 単位／回
特別入浴介助加算 65 単位／回	

ウ） リハビリテーションマネジメント加算の取扱い

①リハビリテーションマネジメントは、利用者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。また、個別リハビリテーションは、原則として利用者全員に対して実施するべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として利用者全員に対して実施するべきものであること。 ②リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。 イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という。） が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね2週間以内及び概ね3ヶ月毎に関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日から起算して1ヶ月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達（ 日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅介護サービス計画の変更の依頼を行うこと。 ハ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。 ニ 利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。 ③ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとすること。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
リハビリテーションマネジメント加算について、個別のリハビリテーション計画が立てられていれば、マンツーマンのリハビリテーションを行わなくて良いか。之までは 1 人 20 分以上という基準時間があったが、そこはなくなったとの解釈でよいか。	従来の個別リハ加算についてはリハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション加算に見直したところであり、短期集中リハビリテーション加算の算定要件として、開始 3ヶ月以内について週 2 回 40 分以上の、3 ヶ月超であっても 1 回 20 分以上の個別リハビリテーションが求められています。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問53）リハビリテーション実施計画書の様式は示されるのか。	（答）「リハビリテーション実施計画書」については、新しい様式等について別途通知する予定である。

（問54）リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は1単位に対して常勤換算方法で0．2以上の人員基準を満たしていれば問題ないか。	（答） リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を創設したものであり、体制は現行のままでも要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。
（問55）リハビリテーションマネジメント加算について、原則として利用者全員に対して実施することが必要とされているが、実施しない人がいても良いのか。	（答） 利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての利用者について計画を作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。
（問56）利用者ごとのリハビリテーション計画を作成したが、集団で実施するリハビリテーションで十分なため、1対 1 で実施するリハビリテーションを実施しなかった場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定することが可能か。	（答） リハビリテーションマネジメント加算の対象としているリハビリテーションは、リハビリテーション実施計画に基づき利用者ごとの1対1のリハビリテーションによることが前提であり、集団リハビリテーションのみでは算定することはできない。なお、1対1のリハビリテーションの提供を必須とするが、加えて集団リハビリテーションの提供を行うことを妨げるものではない。

エ） 集中的な指定通所リハビリテーションの取扱い

短期集中リハビリテーション実施加算における集中的な通所リハビリテーションとは、3 月以内について、概ね 1 週間に2 日以上実施するとともに、個別のリハビリテーションを 1 日に 40 分以上行うことを指すものであること。なお、3月を超える場合であっても、1日に20分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。

オ） 若年性認知症ケア加算の取扱い

若年性認知症ケア加算の取扱いは、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

カ）栄養マネジメント加算の取扱い

栄養マネジメント加算の取扱いは、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

キ）口腔機能向上加算の取扱い

口腔機能向上加算の取扱いは、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

7－2 介護予防通所リハビリテーション

○ 介護予防の観点から積極的な役割が期待される通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的サービス」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とする。また、目標の達成度に応じた事業所評価について、 要支援度の維持・改善を指標として試行的に導入する。

ア 基本単位（共通的サービス）

対象	
介護予防通所リハビリテーション費(新規)	要支援1　2,496単位／月
	要支援2　4,880単位／月

※いずれも、送迎、入浴を基本単位に包括する。

イ 各種加算(選択的サービス等)

①運動器機能向上加算

理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

運動器機能向上加算(新規)⇒225単位／月

●理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。
その他、若干、読み替えはあるものの、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

②栄養改善加算

低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

栄養改善加算(新規) ⇒ 100単位／月

●その他、若干、読み替えはあるものの、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

③口腔機能向上加算

口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算する。

口腔機能向上加算(新規)⇒ 100単位／月

●その他、若干、読み替えはあるものの、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

⑤事業所評価加算

上記の①～③の加算の対象となる事業所について、 試行的取組として、評価対象となる期間(原則として各年 1 月～12 月までの期間)において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価期間の次年度における当該事業所のサービス提供につき加算する。

事業所評価加算(新規)⇒100単位／月

●その他、若干、読み替えはあるものの、通所介護と同様であるので上記を参照してください。

8 短期入所系サービス

○ 短期入所系サービスについては、緊急ニーズに対応するための事業者間のネットワーク体制の構築や虐待ケースへの対応、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等への対応の観点から、報酬上の評価の見直しを行う。

(1)短期入所系サービス共通

ア 緊急短期入所ネットワーク加算の創設

緊急的な短期入所利用に対応するため、複数の短期入所事業者が連携して調整窓口の明確化や 24 時間相談可能な体制の確保等を行った場合に加算する。

緊急短期入所ネットワーク加算（新設） ⇒ 50 単位／日

イ 虐待等のケースへの対応

虐待等のケースについては、災害時における超過定員と同様の取扱い（定員超過の上限を定めない）とする。

①緊急短期入所ネットワーク加算

緊急短期入所ネットワーク加算は、他の指定短期入所生活介護事業所及び指定短期入所療養介護事業所と連携し、緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算する。

ア 連携体制の単位は、以下の利用定員等を合計して100以上を確保すること。

a 指定短期入所生活介護事業所の利用定員、特別養護老人ホーム等に併設される指定短期入所生活介護事業所の利用定員

b 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設の入所(入院)者に利用されていない居室(病床)を利用して指定短期入所生活介護又は指定短期入所療養介護の事業を行っている場合は、前年度の1日平均の空床及び短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用者数

イ 連携体制を形成した事業所間において緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化していること。

ウ 緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を設けている施設は、2 4時間相談可能な体制を確保していること（夜間帯においては、手続の方法や制度の紹介等を行う体制を確保していることとする。）

エ 緊急短期入所ネットワーク加算を利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。

オ 連携体制の確保の観点から、連携施設間で情報の共有、緊急対応に関する事例検討などを行う機会を定期的に設けること。

②緊急短期入所ネットワーク加算の対象期間

緊急短期入所ネットワーク加算の加算対象期間は、原則として 7 日以内とし、その間に適切な介護を受けられるような方策について担当する指定居宅介護支援事業者と密接な連携を行うこと。ただし、7 日以内に適切な方策が立てられない場合は、その状況を記録した上で加算を引き続き行うことを認める。

※3月13日国説明：夜間帯において、窓口等を設けることができない場合は、手続の方法や制度の紹介等を行う体制を確保していることが条件。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
24時間連絡体制とはどのような体制を指すか。	24 時間勤務することを要するものではなく、夜間においても連絡でき、必要な場合には事業所からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものです。
【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問59）連携する事業者は、	（答） 緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所

同一法人の事業者のみでもよいか。	事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に対し、連携に係る費用等の加算を認めているところであり、同一法人のみの事業所の連携だけでは加算の対象とはならない。
（問60）連携する地域の範囲はどの程度か。	（答） 緊急短期入所ネットワーク事業は、緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備することを求めており、連携の範囲については、この趣旨や地域の実態等を踏まえ判断願いたい。 →【県の回答】短期入所の運営規程に掲げている実施地域の範囲内とします。
（問61）連携体制の整備について施設間で連携取り交わし書などが必要か。	（答） 緊急的な利用ニーズの調整窓口の明確化や情報の共有、緊急対応に対応するための事例検討などを行う機会を定期的に設ける等の連携体制を構築していただくこととしていることから、連携施設間でその方法等を検討していただくことが必要と思われる。
（問62）緊急短期入所ネットワークで加算は緊急入所の利用者にのみ算定するのか、それとも利用者全員に算定するのか。	（答） 緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算を行う。
（問63）緊急短期入所ネットワークで加算の対象である利用者の「介護者の介護を受けることができない」者とは誰が判断するのか。	（答） 緊急短期入所ネットワーク事業を利用する場合は、利用者の依頼を受けて介護支援専門員等を通じ、短期入所サービスを利用することとなるが、緊急短期入所ネットワーク加算の対象となる場合は、利用の理由、期間、緊急受入後の対応などの事項を記録しておく必要がある。
（問64）「利用者の心身の状況等を把握していること」とあるが、介護している家族の入院等により緊急受け入れをした際、利用者の心身の状況等を把握していなければ加算が算定されないか。	（答） 加算の算定要件ではないが、サービス提供に当たっては、たとえ緊急な利用であることから事前の把握が困難であっても、できる限り速やかに利用者の心身の状況等を居宅介護支援事業者等から聴取しておく必要がある。

（2）短期入所生活介護

○ 在宅中重度加算の創設

短期入所生活介護事業所において、夜間帯に看護職員を配置するなど、医療機関等との連携を図りつつ、施設における看護体制の強化を図った場合の加算を創設する。また、訪問看護サービスを利用している在宅の中重度者が、短期入所の場においても、なじみの訪問看護師からサービス提供が受けられる体制を確保した場合の加算を創設する。

※算定要件

○夜間看護体制加算

夜間看護体制加算（新設）⇒10 単位／日

次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

①常勤の看護師(※平成 19 年 3 月 31 日までの間は看護職員でも可。)を 1 名以上配置し、看護責任者を定めていること。

②看護職員により、又は医療機関・訪問着護ステーションとの連携により、24 時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。

イ 「24 時間連絡体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、

① 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。

② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。

③ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。

④ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。

といった体制を整備することを想定している。

ハ 重度化対応加算を算定している介護老人福祉施設においては、常時継続的に医学的な管理が必要と医師が認めた者の受入まで求めるものではないが、軽度の医療ニーズがある者(例えば胃ろうの者等)の受入を正当な理由なく断らないことが必要である。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問65)訪問看護ステーションと連携して24時間連絡体制の確保をし、必要に応じて健康上の管理等を行う体制にあれば、実際に管理を必要としない利用者に対しても算定されるのか。	(答) 夜間看護体制加算は、短期入所生活介護事業所において、訪問看護ステーション等と連携して夜間における24時間連絡体制の確保等により、必要に応じて健康上の管理等を行うことを目的とした加算であり、体制が整備されている事業所に入所した利用者全員に加算する。

○在宅中重度者受入加算

在宅中重度者受入加算(新設)⇒425 単位／日

(夜間看護体制加算を算定している場合は 415 単位／日)

短期入所生活介護事業所において、利用者が利用している訪問看護事業所に、短期入所サービスとして健康上の管理等を行わせた場合に算定できる。

在宅中重度者受入加算

ア この加算は、その居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、指定短期入所生活介護を利用する場合であって、指定短期入所生活介護事業者が、当該利用者の利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合に対象となる。この場合の健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短

期入所生活介護事業所の配置医師が行うものとする。
　イ　在宅中重度者受入加算を算定するに当たっては、あらかじめ居宅介護支援計画に位置づけた上で行うこととなるが、特に初めてこのサービスを行う場合においては、サービス担当者会議を開催するなどサービス内容や連携体制等についてよく打合せを行った上で実施することが望ましい。
　ウ　指定短期入所生活介護事業所は、当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し適切なサービスを行うよう努めなければならない。
　エ　指定短期入所生活介護事業所は、在宅中重度受入加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払うこととする。
オ　健康上の管理等の実施上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は短期入所生活介護事業所が負担するものとする。なお、医薬品等が、医療保険の算定対象となる場合は、適正な診療報酬を請求すること「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療の取扱について)」(平成14年3月11日保医発0311002 号)を参照。

※3月13日国説明:短期入所事業所と利用者が利用していた訪問看護事業所との間には委託契約が必要。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問66)短期入所生活介護費における在宅中重度者受入加算の算定は、訪問看護事業所の看護師が来た日についてのみ算定するのか。	(答) 御指摘のとおりである。

(3)短期入所療養介護
○老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の事業所における看護職員の人員配置に関する経過措置を規定どおり平成 18 年 2 月 28 日までとする。
○介護報酬上の療養環境減算のそれぞれ甲廃止に対応して、設備基準に関する経過措置を改正する。

○ 日帰り利用の創設
　利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の生活の質の向上、家族等の介護負担の軽減等の観点から、短期入所療養介護において日帰り利用を行った場合を評価する。
　特定短期入所療養介護費(新設) ＝〉 760 単位／日

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問67)日帰り利用の場合のサービス提供時間の規定は設けないのか。	(答) サービス提供時間については、ケアプランにおいて位置づけられるものであり、規定を設けることは考えていない。

〇リハビリテーション機能強化加算について

① 介護老人保健施設における短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護においてリハビリテーション機能強化加算を算定する場合は、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために利用者の状態像に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適時適切に提供できる体制が整備されていること。

② 理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせて利用者の状態像に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行うことが必要である。当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

③ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外においても訓練を行うことができる。なお、言語聴覚療法を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に出入り可能であり、遮音等に配慮された部屋等を確保することが望ましい。

④ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。

⑤ 医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行う場合は、開始時に利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。

⑥ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

※3月13日国説明：基本的にデイケアの個別リハビリテーションと同じ。

〇ユニットケア減算について

一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所の短期入所生活介護（介護予防もあり）又はユニット型短期入所生活介護（介護予防もあり）に係る夜勤体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対し、行われるものであること。具体的にはユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても、施設利用者全員に対し夜勤体制の減算が行われることとなる。

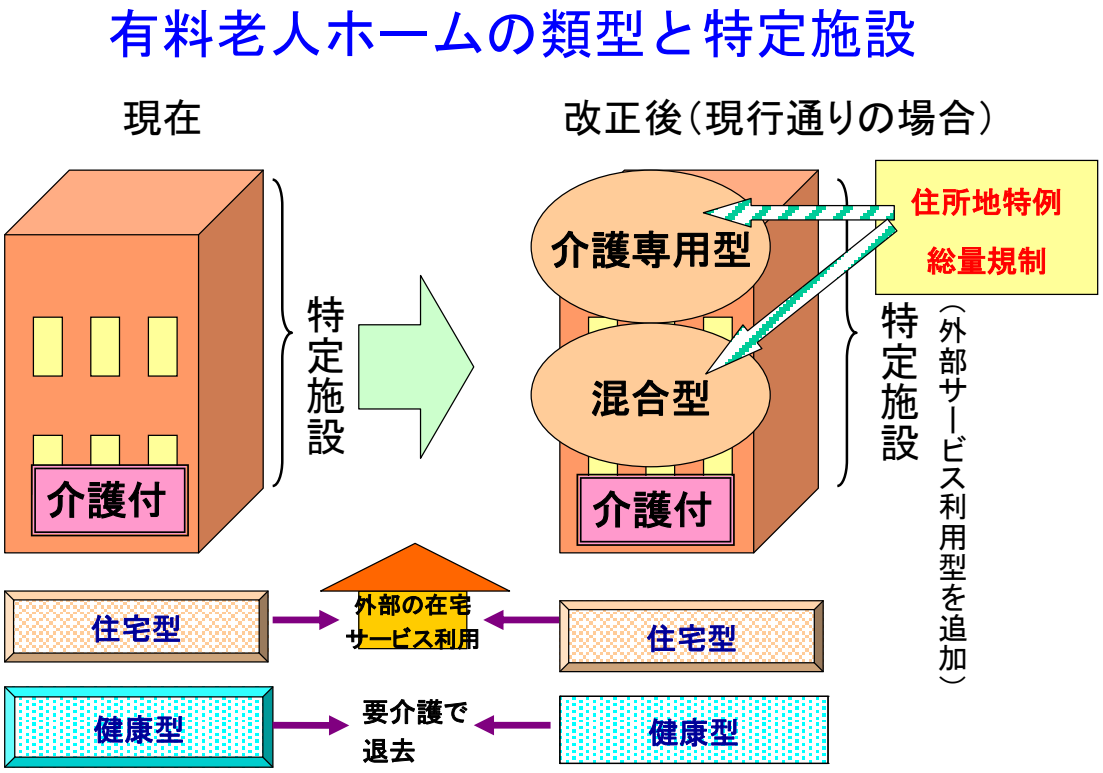
※3月13日国説明：ユニット部分だけでなく、全体に減算のため注意されたい。

9 特定施設入居者生活介護

○ 特定施設入居者生活介護については、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、特定施設の範囲の見直し、早めの住み替えに対応した外部サービス利用型のサービス形態の導入を行う。養護老人ホームについても外部サービス利用型の仕組みを活用できるようにする。

※混合型特定施設入居者生活介護の推定利用定員の総数が、必要利用定員総数を超えてしまう場合、都道府県知事は指定をしないことができることとする。

※混合型特定施設入居者生活介護は、早めの住み替えとして要介護認定を受けていない者も入居する施設である等を踏まえ、特定施設入居者生活介護の住所地特例については要介護認定に関わらず入居者をその対象とする。（平成18年4月以降の入居者から適用予定）



「介護専用型」と「混合型」について

有料老人ホーム、ケアハウス等で一定の人員配置等を行ったものが、入居者に介護を提供した場合には、「特定施設入居者生活介護」として介護保険給付の対象となる。

【介護専用型】
要介護者のみ対象（夫婦等で、1人が要介護者、もう1人が要支援者又は非該当者である場合を含む。）

【混合型】
要介護者や要介護者でない者（要支援者・自立）も入居可能で、入居後に要介護者になることもある者も対象

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	対象
【地域密着型サービス】 ・地域密着型特定施設入居者生活介護（介護専用型のみ）	【居宅サービス】 ・特定施設入居者生活介護（介護専用型と混合型あり）	**要介護者に対して介護給付を行うサービス**
【地域密着型介護予防サービス】 ・なし	【介護予防サービス】 ・介護予防特定施設入居者生活介護（混合型のみ）	**新要支援者に対して予防給付を行うサービス**

【補足】
介護専用型特定施設において、介護予防サービスがないため、入居者が要支援者となった場合については、その対象から外れるため、施設外の居宅サービスを利用することとなる。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
介護専用型特定施設において、改善の結果、要支援状態となった者に対し、介護予防特定施設を併設できない当該特定施設はどのような対応を行えるのか。	介護専用型特定施設において、改善の結果、要支援状態になった方につきましては、当該特定施設に住み続けながら、地域の在宅サービスを利用していただくことになります。

（1）基本単位
　軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、高齢者専用賃貸住宅のうち十分な居住水準を満たすものへの適用を行う。

特定施設入居者生活介護費	特定施設入居者生活介護費及び介護予防特定施設入居者生活介護費
要支援　　238 単位／日 要介護 1　549 単位／日 要介護 2　616 単位／日 要介護 3　683 単位／日 要介護 4　750 単位／日	要支援 1　　214 単位／日 要支援 2　　494 単位／日 経過的要介護　214 単位／日 要介護 1　　549 単位／日 要介護 2　　616 単位／日

要介護 5　818 単位／日	要介護 3　683 単位／日 要介護 4　750 単位／日 要介護 5　818 単位／日

(2)加算

ア)個別機能訓練加算について

① 個別機能訓練加算は、理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練(以下「個別機能訓練」という。)について算定する。
② 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。
③ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3か月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。
④ 個別機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

イ)夜間看護体制加算の創設

医療ニーズへの対応の観点から、夜間における看護体制について、一定の要件を満たすものについて、加算を行う。

夜間看護体制加算(新規) ⇒10 単位／日

※算定要件

次の全ての要件を満たした特定施設(外部サービス利用型の特定施設を除く。)について算定できる。

・常勤の看護師(※平成 19 年 3 月 31 日までの間は看護職員でも可。)を 1 名以上配置し、看護責任者を定めていること。
・看護職員により、又は医療機関・訪問着護ステーションとの連携により、24 時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。
・重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者、その家族等への説明を行い、同意を得ていること。

「24 時間連絡体制」とは、特定施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には特定施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、① 特定施設において、管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。
② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による利用者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。
③ 特定施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。
④ 特定施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により利用者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。
といった体制を整備することを想定している。

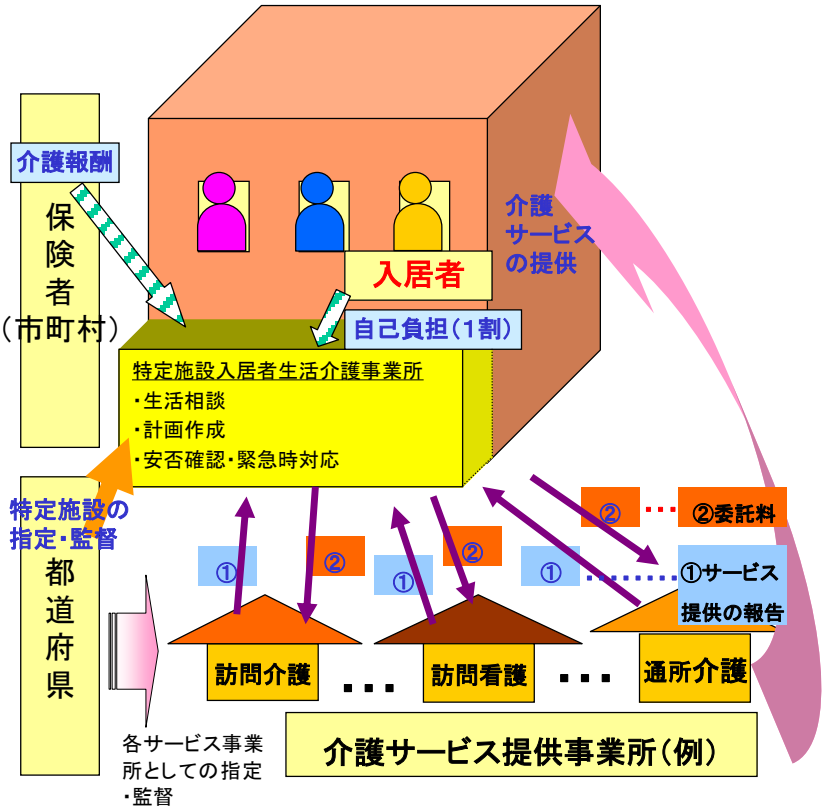
【問い97】資料925頁
医療連携体制加算における「重度化した場合における対応に係る指針」の具体的内容はどのようなものか。

【答え97】
医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホームの居住費や食費の取扱い、③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針、などが考えられる。
→特養や特定施設等における「重度化した場合における対応に係る指針」の最低限必要な内容として上記が妥当と考え、指針を添付する場合については上記を参照して作成してください。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
有料老人ホーム等においても終末対応（看取り）が可能となるような体制を検討すべき。	今回の特定施設の報酬改定につきましては、特定施設における利用者の要介護度が介護保険施設に比べて低いこともあり、看取りの部分のみに着目した報酬体系としておりませんが、医療との連携強化の観点から、夜間の看護体制を評価する報酬体系としております。
特定施設における介護予防のサービス提供のメニューの内容について明確に示すべき。	介護予防特定施設における介護予防サービスについては、必置とされている機能訓練室などにおいて、個々の利用者の状況に応じて、例えば、アクティビティや運動器機能の向上に資するサービス等と介護や日常生活上の世話等が適切に組み合わされて、計画的に実施されることが必要と考えております。

（3）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費について

外部サービス利用型のイメージ図



＜報酬の考え方＞
包括報酬（生活相談・安否確認・計画作成）＋出来高報酬（訪問介護など各種居宅サービス）

＜基準＞
○人員基準
・管理者、生活相談員、計画作成担当者、介護職員が各1人以上いること（夜間を含む常時1人以上の職員が配置できていることを条件に兼務可）
○設備基準
・原則個室
○運営基準
・委託する介護サービス事業者を予め定め、申請時に登録する。
・介護サービス計画を基に委託先の各事業者が介護サービスを提供する。
・特定施設入居者生活介護事業者はアレンジメント（手配）する。

○特定施設入居者生活介護費の類型として、
①生活相談や介護サービス計画の策定、安否確認の実施は、特定施設の従事者が実施し、②介護サービスの提供については、当該特定施設が外部サービス提供事業者と契約することにより提供する、新たなサービス類型を創設する。

＜基準＞
1）管理者（常勤）
2）生活相談員（常勤、常勤換算方法で100：1）
3）介護職員（常勤換算方法で、介護給付の場合10：1、介護予防の場合30：1）
4）計画作成担当者（常勤の介護支援専門員、100：1）

＜基本部分＞
介護給付　84 単位／日
予防給付　63 単位／日

＜出来高部分／介護給付＞
イ 訪問介護
・身体介護　90 単位／15 分
（1 時間 30 分以上の場合、540 単位に 15 分増すごとに＋37 単位）
・生活援助　45 単位／15 分（1 時間 30 分までの評価）
・通院等乗降介助　90 単位／1 回
ロ 他の訪問系サービス及び通所系サービス

通常の各サービスの基本部分の単位の 90／100 の単位
ハ 指定福祉用具貸与
貸与額を適用（対象品目・対象者も通常のサービスと同様）

＜出来高部分／予防給付＞
イ 訪問系サービス及び通所系サービス
通常の各サービスの基本部分の単位の 90／100 の単位
ロ 指定福祉用具貸与
貸与額を適用（対象品目・対象者も通常のサービスと同様）

＜限度額：基本部分＋出来高部分の限度額とする。＞
【予防給付】
要支援1　4,970 単位／月
要支援2　10,400 単位／月
【介護給付】
経過的要介護　6，505 単位／月
要介護 1　16，689 単位／月
要介護 2　18，726 単位／月
要介護 3　20，763 単位／月
要介護 4　22，800 単位／月
要介護 5　24，867 単位／月

＜①報酬の算定及び支払方法について＞
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費は、基本サービス部分（当該外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者が自ら行う特定施設サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等に相当する部分）及び各サービス部分（当該事業者が委託する指定居宅サービス事業者（以下「受託居宅サービス事業者」という。）が提供する居宅サービス部分）からなり、イ及びロの単位数を合算したものに特定施設入居者生活介護の一単位の単価を乗じて得た額が一括して外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者に支払われる。
介護職員が居宅サービス基準に定める員数を満たさない場合の介護報酬の減算は、イの基本サービス部分についてのみ適用されることとなる。
なお、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者においては、居宅サービス基準上、看護職員の配置は義務付けられていない。
イ 基本サービス部分は1日につき84単位とする。
ロ 各サービス部分については、特定施設サービス計画に基づき受託居宅サービス事業者が各利用者に提供したサービスの実績に応じて算定される。また、各サービス部分の対象サービス及び単位数については、厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数（平成11年厚生労働省告示第18号）の定めるところにより、当該告示で定める単位数を上限として算定する。なお、当該告示に定める各サービスの報酬に係る算定方法については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成11 年厚生省告示第19 号）に定める各サービスの報酬に係る算定方法と同趣旨となるが、次の点については取扱が大きく異なるので、留意されたい。

ア　訪問介護について
・訪問介護に係る報酬額については、15分ごとの算定となっていること。
・介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者又は2級課程修了者によるサービス提供に限り、算定すること。
イ　訪問看護
・保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士によるサービス提供に限り算定すること。

※3月13日国説明：訪問介護についてヘルパー3級は認めない。訪問看護について准看護師は認めない。

＜②受託居宅サービス事業者への委託料について

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者が受託居宅サービス事業者に支払う委託料は、個々の委託契約に基づくものである。

(4)養護老人ホームにおける特定施設入居者生活介護サービス
養護老人ホームにおいて、「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費」を活用できることとする。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
外部サービス利用型特定施設において、本体施設との人員の兼務はどの程度可能か。	外部サービス利用型は、生活相談や介護サービス計画の策定、安否確認の実施は特定施設の従業者が実施し、介護サービスの提供については、当該特定施設が外部のサービス提供事業者と契約することにより提供するものです。したがって、外部サービス部分の人員というのは配置する必要はなく、本体施設との兼務というのは通常は想定されません。
特定施設の指定を受けるに当たり、軽費老人ホームA型も、養護老人ホームと同様廊下や居室面積において基準緩和をすべき	今回の介護保険の見直しでは、新たに養護老人ホームが特定施設に位置付けられ、介護保険法上の指定を受けられることになり、これに伴い居室面積等に必要な経過措置を設けることとしています。一方、軽費老人ホームについては、これまでも特定施設として介護保険法上の指定の対象であったため、経過措置を設けることは考えておりません。

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
（問39）同一建物の階ごと、又は同一敷地の棟ごとに、一方を介護専用型特定施設、他方を介護専用型特定施設以外の特定施設混合型特定施設とすることは可能か。	（答39）特定施設入居者生活介護の指定は、特定施設毎に行われるものであり、有料老人ホームであれば、別個の有料老人ホームとして届出がなされているものについて、それぞれ別の特定施設としての指定を行うことになる。 ただし、有料老人ホームの入居契約におい

	て、要介護状態になれば、別の階又は別の棟に転居することがうたわれていたり、スタッフ等が客観的にみて明確に区別することができないなど、一体的に運営されていると解されるものは、老人福祉法の届出において同一の有料老人ホームとして取り扱うことが適当である。
（問40）介護専用型特定施設であるかどうかの判断基準はどのようなものか。	（答40）介護専用型特定施設は、入居者が要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者に限られるものとされている。 厚生労働省令においては、①要介護状態だった入居者で施行日以降状態が改善した者、②入居者である要介護者（①の者を含む）の3親等以内の親族、③特別の事情により入居者である要介護者と同居させることが必要であると都道府県知事等が認める者を定めている。
（問41）既に特定施設入所者生活介護の指定を受けている事業者は、どのように介護専用型と介護専用型以外に分けることになるのか。なお、その際に、再指定又は届出は必要となるのか。	（答41）既存の指定特定施設については、現に入居者が介護専用型特定施設の入居者の要件を満たしておりかつ当該要件が、指定特定施設の入居要件となっていることが明確にされているものを介護専用型特定施設とすることとなる。 介護専用型特定施設か介護専用型以外の特定施設かの区分について、改めて指定を受けたり届け出たりする必要はない。 （参考）今回の三位一体改革に伴い、介護専用型特定施設か介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）かにかかわらず、住所地特例を適用することとしている。
（問42）介護専用型特定施設の入居者のうち、要介護者の配偶者等で要支援に該当する者は、当該特定施設から介護サービスの提供を受けることができるのか。	（答42）介護専用型特定施設については、介護予防特定施設入居者生活介護の指定対象ではないため、介護専用型特定施設に入居する要支援者の介護保険サービス利用については、一般の介護予防サービスを利用することになる。
（問43）外部サービス利用型特定施設において、利用者と受託居宅サービス事業者の契約関係はどのようになるか。	（答43）外部サービス利用型特定施設の場合、利用者は外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業者と介護サービスの提供に係る契約を締結することになり、利用者と受託居宅サービス事業者との間に契約関係はない。 　外部サービス利用型特定施設の事業者は、受託居宅サービス事業者との間で文書

	に委託契約を締結することとし、特定施設サービスに基づき、受託居宅サービス事業者のサービスを手配することとなるが、適切なサービス提供の確保の観点から、業務に関して受託居宅サービス事業者に必要な指揮命令をすることとしている。

10 福祉用具貸与・販売（介護予防福祉用具貸与・販売）

〇居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由が記載され、当該理由について定期的に検証されるよう、必要な措置を行うことの規定を追加する。

〇特定福祉用具販売については、新たに指定基準を創設し、適切な福祉用具の選定が行われるよう人員の基準に福祉用具専門相談員を位置付ける。

基準省令第207条　指定居宅サービスに該当する特定福祉用具販売（以下「指定特定福祉用具販売」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具（法第8条第13項の規定により厚生労働大臣が定める特定福祉用具をいう。以下この章において同じ。）の選定の援助、取付け、調整等を行い、特定福祉用具を販売することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものでなければならない。

基準省令第208条　指定特定福祉用具販売事業者が次に掲げる事業者の指定も併せて受ける場合であって、当該指定に係る事業所と指定特定福祉用具販売事業所が一体的に運営される場合については、次の各号の区分に応じそれぞれ当該各号に掲げるいずれかに基づく専門相談員の員数を満たすことをもって、前項に規定する専門相談員の員数を満たしているものとみなすことができる。

一　指定特定介護予防福祉用具販売事業者　指定介護予防サービス等基準第282条第1項
二　指定福祉用具貸与事業者　第194条第1項
三　指定介護予防福祉用具貸与事業者　指定介護予防サービス等基準第266条第1項

福祉用具系のイメージ案

	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売
事業概要	要介護者等が、福祉用具（心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるための用具）を指定事業者から貸与された場合、利用料の9割が保険から支給される。	要介護者等が、貸与になじまない入浴や排せつ等に用いる福祉用具（特定福祉用具）を指定事業者から購入したときは、必要な書類（領収書、パンフレット等）を添えて、申請書（必要性の理由を記載）を提出することにより、実際の購入費の9割相当額が償還払いで支給される。
	○車いす ○車いす付属品 ○特殊寝台 ○特殊寝台付属品 ○床ずれ防止用具 ○体位変換器 ○手すり ○スロープ ○歩行器 ○歩行補助つえ ○認知症老人排年回感知機器 ○移動用リフト（つり具の部分を除く） （※）法施行は本体と一体的に貸与される場合に限って貸与が可能であったが、基準改正により平成12年12月以降単品での貸与が可能となった。	○腰掛便座 ○特殊尿器 ○入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ） ○簡易浴槽 ○移動用リフトのつり具の部分
支給限度基準額	福祉用具貸与にかかる支給限度基準額は定めておらず、介護予防、介護給付別の支給限度基準額の範囲内において、他のサービスと組み合わせて利用することとなる。	10万円 ※介護給付、予防給付にかかわらず定額。 ※同一支給限度額管理期間内（4月1日から3月31日の1年間）は、用途及び機能が著しく異なる場合、並び破損や要介護・要支援状態の変化等の特別の事情がある場合を除き、同一種別につき1回の支給に限られる。

＜福祉用具貸与の業務の流れ＞

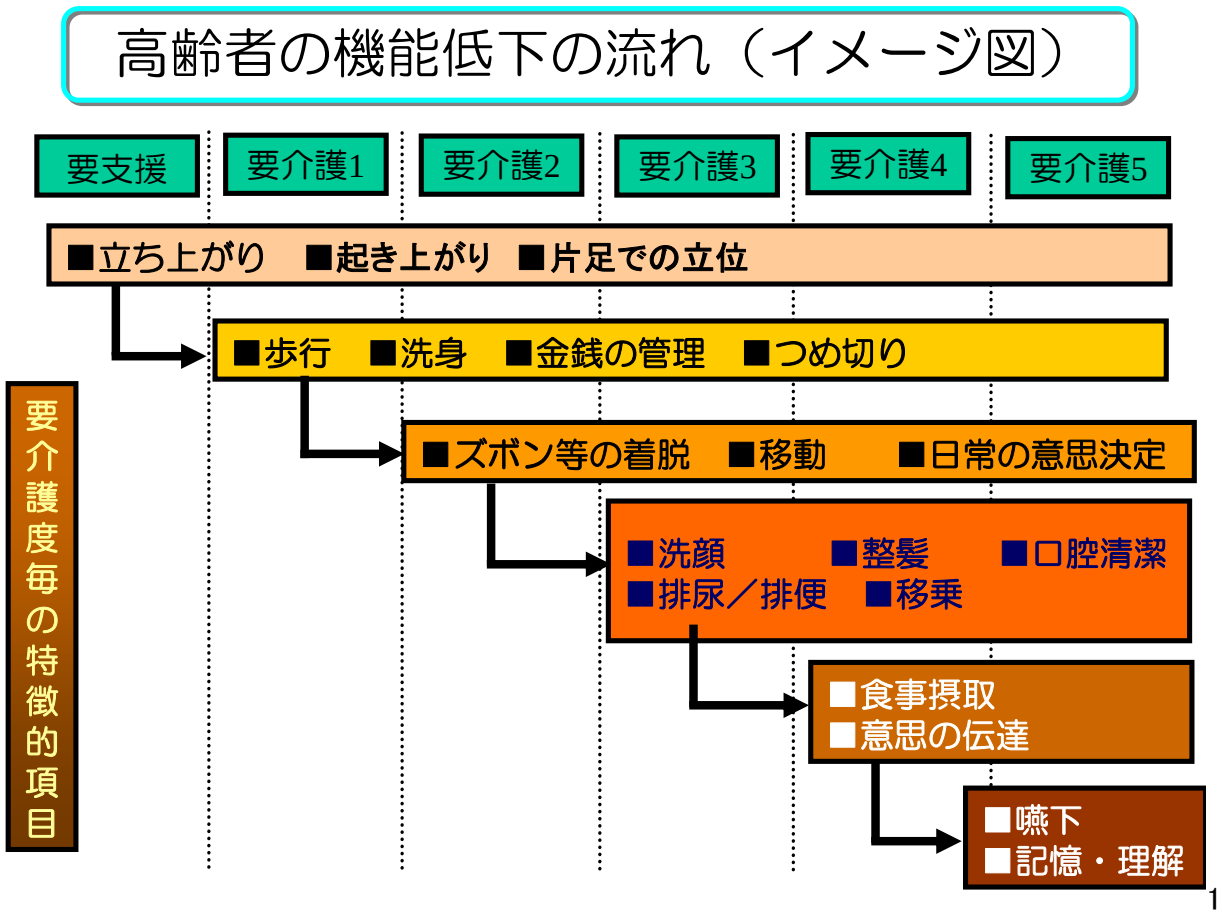
①保管・保守	福祉用具貸与事業所（委託の場合あり）
②必要性判断（種目の選定）	介護支援専門員
③品目の選定・同意	介護支援専門員・福祉用具専門相談員
④搬入	福祉用具専門相談員（委託業者が搬入する場合もあり。その際も原則立会い）
⑤取付け・調整・適合性判断・取扱説明書交付説明・使い方指導	福祉用具専門相談員
⑥モニタリング（再評価の場合②へ）	介護支援専門員・福祉用具専門相談員
⑦点検・修理	福祉用具専門相談員（修理について専門的な技術を有する者に行わせても差し支えないが、この場合にあっても、専門相談員が責任をもって修理後の点検を行う）
⑧搬出	福祉用具専門相談員（委託業者が搬出する場合もあり。その際も原則立会い）
⑨消毒・保管	福祉用具貸与事業所（委託の場合あり）

【補足】
福祉用具貸与は一定の資格を有した専門相談員により、利用者の心身状況やその置かれた環境を踏まえて適切な用具の選定、取付、調整を行ったうえで行うものであり、これらのサービスなしに貸与した場合には介護報酬請求はできません。 →基準省令第 199 条

○ 要支援者（要支援 1・要支援 2）及び要介護 1 の者に対する福祉用具の貸与については、要支援者の自立支援に十分な効果を上げる観点から、現行の「福祉用具の選定の判断基準」を踏まえつつ、その状態像から見て利用が想定しにくい次の品目については、一定の例外となる者（※）を除き保険給付の対象としないこととする。（既に福祉用具貸与を受けている利用者に対しては、平成 18 年 4 月 1 日から 6 月間の経過措置を置く。）

・特殊寝台（付属品を含む）
・車いす（付属品を含む）
・床ずれ防止用具及び体位変換器
・認知症老人排桐感知器
・移動用リフト

※例外となる者の範囲については別に告示で定める。
〈特殊寝台の場合〉次のいずれかに該当する者
・日常的に起きあがりが困難な者 ・日常的に寝返りが困難な者
（注）
「起きあがり」「寝返り」等の判断については、要介護認定データを活用して客観的に判断。



〇介護給付は示されていない。

〇要支援1又は要支援2に係る指定介護予防福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要支援1又は要支援2の者（以下において軽度者という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」。「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト」（以下「対象外種目」という）に対しては、原則として算定できない。

しかしながら第23号告示第19号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

・原則として次の表の定めるところにより「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成11年厚生省告示第91号）別表第1の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下単に基本調査の結果という。）を用い、その要否を判断するものとする。

・ただし、アの（二）「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定介護予防支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、介護予防サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（すくなくとも6月に1回）で行うこととする。

② 基本調査結果による判断の方法

指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る指定福祉用具貸与費を算

定する場合には、①の表に従い「厚生労働大臣が、定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。
・当該軽度者の担当である指定介護予防支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。
・当該軽度者に担当の指定介護予防支援事業者がいない場合にあっては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

③ 経過措置について
介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）第3条の施行の日（以下「施行日」という）前に対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けていたもの（以下「経過措置対象者」という。）については、軽度者で「厚生労働大臣が定める者等」（平成12年厚生省告示第33号）第19号のイで定める状態像の者でなくとも、施行日から起算して6か月を超えない期間において、対象外種目に係る指定介護予防福祉用具貸与を受けることができることとされている。
この場合、経過措置対象者は、平成18年4月1日から同年9月30日までの間に施行日前の認定の有効期間又は契約期間が終了した場合であっても、認定や契約の更新がなされた場合は、引き続き、施行日から起算して6か月を超えない期間までは、対象外種目に係る指定介護予防福祉用具貸与を受けることが可能である。

表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア　車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に歩行が困難な者 （二）日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査2－5 「3．できない」 該当する基本調査結果がない
イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に起きあがりが困難な者 （二）日常的に寝返りが困難な者	基本調査2－2 「3．できない」 基本調査2－1 「3．できない」
ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査2－1 「3．できない」
エ　認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 （一）意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査6－3 「1．普通」以外 又は 基本調査6－4 「1．介護者の指示が通じる」以外 る」以外

	（二）移動において全介助を必要としない者	又は 基本調査６－５（ア～カ）のいずれか 「２．できない」 又は 基本調査７（ア～テ）のいずれか 「１．ない」以外 基本調査２－７ 「４．全介助」以外
オ　移動用リフト（つり具の部分を除く）	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査３－１ 「３．できない」 基本調査２－６ 「３．一部介助」又は「４．全介助」 <u>該当する基本調査結果がない</u>

〇要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護1の者（以下この項において軽度者という）に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び移動用リフト（以下「対象外種目」という。）に対しては原則として算定できない。しかしながら第23号告示第１９号のイ19で定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

　ア　原則として次の表の定めるところにより「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成１１年厚生省告示第91号）別表第１の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下、単に基本調査の結果という。）を用い、その要否を判断するものとする。

　イ　ただし、アの（ニ）「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（少なくとも６月に１回）で行うこととする。

② 基本調査結果による判断の方法

指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る指定福祉用具貸与費を算定する場合には、①の表に従い「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。

ア　当該軽度者の担当である指定居宅介護支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。

イ　当該軽度者に担当の指定居宅介護支援事業者がいない場合にあっては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

③ 経過措置について

介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）3条の施行の日（以下「施行日」という。）前に対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けていたもの（以下、経過措置対象者という。）については、軽度者で第23号告示第19号のイで定める状態像の者でなくとも、施行日から起算して6月を超えない期間において対象外種目に係る指定介護予防福祉用具貸与を受けることができることとされている。

この場合、経過措置対象者は、平成18年4月1日から同年9月30日までの間に施行日前の認定の有効期間又は契約期間が終了した場合であっても、認定や契約の更新がなされた場合は引き続き施行日から起算して6月を超えない期間までは、対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けることが可能である。

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア　車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に歩行が困難な者 （二）日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査2－5 「3．できない」 該当する基本調査結果がない
イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に起きあがりが困難な者 （二）日常的に寝返りが困難な者	基本調査2－2 「3．できない」 基本調査2－1 「3．できない」
ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査2－1 「3．できない」
エ　認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 （一）意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査6－3 「1．普通」以外 又は 基本調査6－4 「1．介護者の指示が通じる」以外 る」以外 又は 基本調査6－5（ア～カ）のいずれか 「2．できない」

	（ニ）移動において全介助を必要としない者	又は 基本調査7（ア～テ）のいずれか 「1．ない」以外 基本調査2－7 「4．全介助」以外
オ　移動用リフト（つり具の部分を除く）	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （ニ）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者	 ・基本調査3－1 「3．できない」 ・基本調査2－6 「3．一部介助」又は「4．全介助」 ・該当する基本調査結果がない

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日回答）
特殊寝台について、「日常的に立ち上がりが困難な者」について、特殊寝台を使うことにより現在立ち上がりが可能となっている者もいることから、引き続き項目に含めるべき。	介護給付費分科会の議論を踏まえ、電動ベッドが必要なのは「起きあがり」の機能であると整理されており、「立ち上がり困難」のみであれば、電動ベッドまでは不要と考えております。
車いすについて、外出支援の観点からも軽度者であっても長時間の歩行が困難な方等については、対象とすべき。	車いすについては、外出支援という観点ではないものの、日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる場合について、例外的に介護保険の給付対象としています。
福祉用具の販売と貸与の事業を両方行う場合に、人員の兼務は認められるのか。	兼務は認められます。
居宅サービス計画が作成されていない場合の理由書とはどのようなものを想定しているのか。	指定特定福祉用具販売事業者は、居宅サービス計画が作成されていない場合、利用者が福祉用具購入費の支給を申請する際に記載する必要な理由が記載された書類を確認する必要があります。この場合の書類は任意のものを想定しており、その作成者は問いません。

【福祉用具貸与における確認事項】 3月23日、福祉用具貸与のQ&Aがなかったため、国に照会。 インフォメーションvol.77の老企第36号の46ページの原則として「要介護認定等基準時間の推計の方法」によりその要否を判断するもの」とありますが、特殊寝台の場合、「基本調査2ー2、「3、できない」」、「基本調査2ー1、「できない」」以外は貸与不可ということとなる	介護認定調査の基本調査2ー2「起き上がり」と、2ー1「寝返り」が「できない」場合のみ特殊寝台の貸与が例外的に可能となる。 なお、それ以外の要件（主治医の意見、保険者の判断）が入る余地は想定していない。

のか。主治医の専門的意見や保険者の判断が入る余地はあるのか。	

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
【福祉用具貸与】 （問44）福祉用具貸与費の算定については、認定調査の直近の結果を用い、その要否を判断することとされているが、認定調査結果にかかわらず、サービス担当者会議等の結果を踏まえケアマネ、地域包括支援センター及び保険者が必要と認めた場合には、支給することは可能か。	（答44）福祉用具貸与費の算定における状態像については、介護給付費分科会において、要介護認定の認定調査における基本調査の結果を活用して客観的に判定することが求められており、認められない。 なお、車いす、移動用リフトの一部（段差解消機）では、該当する基本調査結果がないため、サービス担当者会議等の結果で判断する場合がある。
【福祉用具貸与】 （問45）利用者が、あきらかに直近の認定調査時点から状態が悪化しているような場合には、ケアマネ（地域包括支援センター）及び保険者が必要と認めた場合には、支給することは可能か。	（答45）一般的には、直近の認定調査結果が実態と乖離していることはあり得ないが、仮に、直近の認定調査時点から著しく状態が悪化しており、長期的に固定化することが見込まれる場合は、要介護度自体にも影響があることが想定されることから、要介護度の区分変更申請が必要と思われる。
【福祉用具貸与】 （問46）従来、福祉用具貸与事業の人員基準の福祉用具専門相談員として「ヘルパー2級課程以上の修了者」が認められていたが、制度改正後も認められるのか。また、福祉用具販売の福祉用具専門相談員としても認められるのか。	（答46）従来と同様に認められ、福祉用具販売としても同様である。 また、介護職員基礎研修課程を修了した者も同様のである。
【福祉用具販売】 （問47）施行日以降、指定を受けていない事業者で利用者が特定福祉用具を購入した場合であっても、当分の間、保険者の判断で福祉用具購入費を支給することは可能か。	（答47）認められない。 特定福祉用具販売は、今回の制度改正により、福祉用具専門相談員が関与する「サービス」として位置づけられたものであり、その「サービスの質」が担保されない「購入」に対して福祉用具購入費を支給することは認められない。
【福祉用具販売】 （問48）居宅サービス計画が作成されていない場合、福祉用具専門相談員は「特定福祉用具販売の提供が必要な理由等がわかる書類」を確認することとされているが、これらの書類はどのようなものか。	（答48）「特定福祉用具販売の提供が必要な理由等がわかる書類」とは、利用者が福祉用具購入費の申請の際に保険者へ提出する必要な理由等を、福祉用具専門相談員がそのサービス提供の必要性も含めて確認するための書類であり、様式及び作成者は任意である。
【住宅改修】 （問49）事前申請制度が定着する当分の間、事前に申請がなかった住宅改修についても「やむ得ない場合」として事後申請による住宅改修費の支給を認めても良いか。	（答49）3月の課長会議資料P178のとおり「やむを得ない事情がある場合」とは「入院又は入所者が退院又は退所後に住宅での生活を行うため、あらかじめ住宅改修に着工する必要がある場合等、住宅改修を行おうとする

	ときに申請を行うことが制度上困難な場合」を想定しているが、当分の間、経過的に保険者の判断で運用することは差し支えない。
【住宅改修】 （問50）住宅改修が必要な理由書の様式が示されたが、市町村独自で様式を定めることは可能か。	（答50）3月の課長会議で示した様式は標準例としてお示したものであり、それに加えて市町村が独自に定めることは可能である。
【住宅改修】 （問51）介護予防住宅改修費の理由書を作成する者は「介護支援専門員その他要支援者からの住宅改修についての相談に関する専門的知識及び経験を有する者」とされており、従来は、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上その他これに準ずる資格等を有する者とされていたが、地域包括支援センターの担当職員が作成することは可能か。	（答51）可能である。

〇国に確認；7月20日

軽度者への対象外種目貸与の判断として基準にある「主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等」について、「適切な助言が可能な者」は具体的にはどのような者を示すのか。	日常生活の状態像を客観的に判断できる者を示す。特に何らかの有資格者であることは求めない。（例えば、対象者が利用している事業所のヘルパーや通院している医療機関の理学療法士等が考えられるが、有資格者以外でも上記判断ができる者なら可） なお、利用者の家族や福祉用具専門相談員が兼ねることは不可。

11 居宅介護支援

〇介護給付の居宅介護支援については、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行う。また、予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬設定を行う。
〇介護支援専門員 1 人当たりの標準担当件数を 50 件から 35 件に改正する。
〇居宅サービス計画を新規に作成した場合等については、原則としてサービス担当者会議を開催するよう改正を行う。
〇管理者を介護支援専門員でなければならないこととする。(既存事業所については、施行後 1 年間は介護支援専門員でない者を充てることができる旨の経過措置を置く。)

ア 基本単位
要介護者のサービス利用状況や業務の実態を適切に反映した報酬体系とする観点から要介護度別の設定とする。また、標準担当件数について現行の 50 件を 35 件に引き下げる一方、標準担当件数を一定程度超過する場合の逓減制を導入する。

(旧) 居宅介護支援費 850 単位／月	⇒	居宅介護支援費(Ⅰ) ＜取扱件数が 40 件未満＞ 要介護 1・2　1，000 単位／月 要介護 3・4・5　1，300 単位／月
		居宅介護支援費(Ⅱ) ＜取扱件数が 40 件以上 60 件未満＞ 要介護 1・2　600 単位／月 要介護 3 ・4・5　780 単位／月
		居宅介護支援費(Ⅲ) ＜取扱件数が 60 件以上＞ 要介護 1 ・2　400 単位／月 要介護 3・4・5　520 単位／月
		経過的要介護居宅介護支援費(Ⅳ) 経過的要介護　850 単位／月

注①＝取扱件数については、介護予防支援業務に係る受託を受けた場合には、当該件数に 1／2 を乗じて得た件数を含めて算定する。
注②:介護予防支援業務に係る受託は、介護支援専門員 1 人当たりにつき 8 人を限度とする旨、基準上明確化する。
※上記の注①について、既存事業者については、取扱件数の算定に当たっては、平成 19 年 3 月末までの間、介護予防支援に係る受託及び経過的要介護者の数を除く。
※上記の注②については、既存事業者については、平成 19 年 4 月から適用する。

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】
居宅介護支援について、介護支援専門員の現行の標準担当件数50件を、実情を勘案し35件とした。件数が10分の7に減少したことから、単価設定にあたっては、現行の850単位に7分の10をかけた値を基本に各区分を検討したので、制度改正による不利益が生じないよう考慮した。

〇基本単位の取扱いについて

(1) 平成18 年4月から平成19年3月末までの取扱い（9月末から6か月間延長）

ア 既存事業者

基本単位の居宅介護支援費Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいい、指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数は含まない）の総数から経過的要介護者を除く利用者の数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数及び経過的要介護者の員数を除く）に乗じて得た単位を算定する。

イ 平成18年4月以降指定を受けた事業者

基本単位の居宅介護支援費Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者） の総数に指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数に2分の1を乗じた数を加えた数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数及び経過的要介護者の員数を除く。）に乗じて得た単位を算定する。
また、経過的要介護者については、経過的要介護者の員数に月額の単位数を乗じて算定する。

(2) 平成19年4月からの取扱い（6か月間延長）

基本単位の居宅介護支援費Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいい、経過的要介護者を含む）の総数に指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数に2分の1 を乗じた数を加えた数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数を除く）に乗じて得た単位を算定する。
また、経過的要介護者については、経過的要介護者の員数に月額の単位数を乗じて算定する。

【平成 18 年 7 月 19 日付け厚生労働省老健局振興課・老人保健課事務連絡（抜粋）】

1 既存事業者に対する経過措置期間の延長
(1)指定介護予防支援事業者が指定介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業者に委託する際の件数は、介護支援専門員1人当たり8件を上限とする規定について、既存事業者については平成 18 年 9 月 30 日までの間適用しないとする経過措置につき、当該経過措置の期間を平成 19 年 3 月 31 日までの 6 ヶ月間延長することとすること。
（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（平成 18 年厚生労働省令第 33 号）附則第8条及び指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。以下「介護予防支援基準」という）附則第2項の一部改正）。
(2)指定居宅介護支援事業所の介護報酬の取扱件数の算定に当たっては、既存事業者については平成 18 年 4 月 1 日から平成 18 年 9 月 30 日までの間、介護予防支援業務に係る受

託を受けた場合の件数及び経過的要介護者に係る指定居宅介護支援の件数を含まないこととされているが、当該経過措置の期間を平成 19 年 3 月 31 日までの6ヶ月間延長することとすること。
（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年老企第 36 号）第三7（1）及び（2）の一部改正）

〇離島等のへき地に対する特例措置について

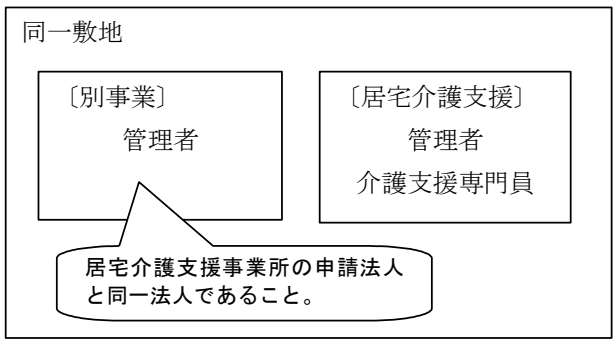
【平成 18 年 7 月 19 日付け厚生労働省老健局振興課・老人保健課事務連絡（抜粋）】
離島等のへき地（特別地域加算の対象となる地域をいう。以下同じ。）
2 離島等のへき地に対する特例措置について
（1）介護予防支援事業者が介護予防支援業務を居宅介護支援事業者に委託する際の件数は、介護支援専門員1人当たり8件を上限とする規定について、離島等のへき地に住所を有する利用者に係る介護予防支援の委託の場合については、適用しないこととすること。
（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 25 号及び介護予防支援基準第 12 条第5号の一部改正）
（2）指定居宅介護支援事業所の介護報酬の取扱件数の算定に当たっては、離島等のへき地に住所を有する利用者に係る指定介護予防支援業務の受託を受けた場合の件数を含まないこととすること。
（指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 20 号）別表注1（1）の一部改正）

【管理者の算定区分判定のための常勤換算の取扱いについて】
（平成19年4月1日から適用）

~~本県においては、従前から複数事業所兼務の管理者が介護支援専門員を兼務することは認めていない。~~
~~今回、厚労省の「平成18年4月改定関係Q＆A(VOL.2)」の 31 で、「管理者がケアマネジャーである場合、管理者がケアマネジメント業務を兼ねている場合については、管理者が常勤換算の1のケアマネジャーとして取り扱って差し支えない。」と明示されているが、本県においては上記理由から、管理者が介護支援専門員資格を有していても、複数事業所の管理者を兼務する場合は、介護支援専門員業務に従事できないこととして、常勤換算に含めない取扱いとする。~~

居宅介護支援事業所の管理者については、業務に支障がない場合に限り、例外的に管理者兼介護支援専門員と別の1職種の兼務を認める。（管理者兼介護支援専門員を1つの職種とみなす。）
なお、「平成18年4月改定関係Q＆A(VOL.2)」の 31 で、「管理者が常勤換算の1のケアマネジャーとして取り扱って差し支えない。」と明示されているが、本県においては、管理者兼介護支援専門員が別の1職種と兼務した場合については、常勤換算は一律に0．5の取扱いとする。

【今回認める管理者兼務（例）】



＜国に照会→回答あり（平成18年6月13日）＞

居宅介護支援における取扱件数について、「月末に給付管理を行っている者」とあるが、たとえば5月に区分変更し、暫定プランとなり、翌月一括請求となる場合、カウントとしては、6月の取扱件数に入れるのか。5月の取扱件数に入れるのか。	業務量を適切に取扱件数に反映する趣旨から、5月分の取扱件数としてカウントする。

＜国に再照会→回答あり（平成18年6月20日）＞

算定区分の判定にあたる常勤換算はどのように計算するか。 例えば、月途中で介護支援専門員が当事業所を退職した場合はどのように扱うのか。	月末時点で当該事業所に従事している介護支援専門員の常勤換算数（実際の従事時間ではなく、契約等で定められた労働時間）で計算する。 そのため、月途中で退職した介護支援専門員は、常勤換算に含めないこととする。

イ 加算等

①初回加算の創設

初回（新規に居宅サービス計画を策定した場合、要介護状態区分の 2 段階以上の変更認定を受けた場合）の居宅介護支援費に加算する。また、退院・退所時には、より高い額を加算する。

初回加算（新規）	→	初回加算（Ⅰ） ＜初回時＞250 単位／月
		初回加算（Ⅱ） ＜退院・退所時＞600 単位／月

※算定要件

初回加算Ⅰ： ①新規に居宅サービス計画を策定した場合

②要介護状態区分が 2 段階以上変更となった場合

初回加算Ⅱ：初回加算Ⅰの要件を満たしている場合であって、30 日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所に当たって、病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した場合。ただし、同一の利用者について前回の算定から 6 月間以上を経過していること。

＜解釈通知＞

介護給付の初回加算（Ⅰ）の算定における初回加算の算定について具体的には次のような場合に算定される。

ア新規に認定を受けて居宅サービス計画を作成する場合

イ要支援者が要介護認定を受けた場合の居宅サービス計画を作成する場合

ウ要介護状態区分が2段階以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

〇国に確認；5月2日

初回加算（Ⅰ）の算定として、「新規に認定を受けて居宅サービス計画を作成する場合」とあるが、新規に介護認定を受けた者のみ対象となるのか。	初回加算については、ケアプランを新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、当該居宅介護支援事業所で新たにケアプランを作成した者が加算の対象となる。

②特定事業所加算の創設

1 趣旨

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

形式的要件に合致すれば算定可能ということではない。実態的に評価に値する事業者かどうかというで判断されたい。（3月13日国説明）

2 基本的取扱方針

特定事業所加算（新規）⇒ 500 単位／月 （事業所の全利用者加算対象）

この特定事業所加算制度の対象となる事業所については、

- 公平中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること。
- 経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制の下、常勤かつ専従の介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であること

が必要となるものである。

本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、中重度者や支援困難ケースを中心とした質の高いケアマネジメントを行うという特定事業所の趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

＜基準省令案＞	＜解釈通知案＞
イ 主任介護支援専門員である管理者を配置していること。ただし、当分の間、主任介護支援専門員の代わりに、介護支援専門員として3年以上の経験を有し、ケアマネジメントリーダー養成研修事業を修了した者で事業所内の介護支援専門員の管理を適正に行う能力があるものを充てることで当該要件をみたすものとして取り扱うことができることとすること。	ただし書に規定する「3年以上の実務経験」とは、常勤専従による介護支援専門員としての実務経験であること。また、「主任介護支援専門員と同等と認められる研修課程」とは、ケアマネジメントリーダー養成研修（「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日老発0424O）3（3）であること。「当分の間」とは、平成18年度中であって、ただし書の適用対象者については、必ず18年度中に主任介護支援専門員研修課程を修了しなければならないこと。 【3月13日会議資料200頁】 主任介護支援専門員は、一定の実務経験を有する者が新たに創設される「主任介護支援専門員研修」を終了することを要件としている。この一定の実務経験は、「介護支援専門員としての業務に常勤で6Oヶ月以上であって、専従又は居宅介護支援事業所の管理者と兼務している介護支援専門員」を想定している。
ロ 常勤かつ専従の介護支援専門員を3人以上配置していること。	常勤かつ専従の介護支援専門員3名とは別に、管理者を置く必要があること。したがって、特定事業所には、少なくとも管理者たる主任介護支援専門員及び常勤かつ専従の介護支援専門員3名の合計4名が必要となること。なお、管理者たる主任介護支援専門員が、当該事業所における居宅介護支援業務に従事するこ

	とは差し支えないこと。
ハ　利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。	「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。 ① 議題については、管理者たる主任介護支援専門員がその責務により決定するべきであるが、少なくとも次のような議事を含めること。 ア）現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針 イ）過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策 ウ）地域における事業者や活用できる社会資源の状況 エ）保健医療及び福祉に関する諸制度 オ）ケアマネジメントに関する技術 カ）利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針 キ）その他必要な事項 ② 議事については、記録を作成し、2年間保存しなければならないこと。 ③「定期的」とは、おおむね週1回以上であること。
ニ　24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。	24 時間連絡可能な体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることを言うものであり、当該事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能であること。
ホ　届出日が属する月の前3か月の期間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が6割であること。	要介護3から5までの者の割合が60％以上という条件については、届出日の前3ヶ月のみではなく、常に、直近3月間で満たしている必要があること。ただし、中重度の利用者が急遽入院した場合など当該事業所にとって正当な理由があると認められる場合については、一時的にこの割合を満たさない場合があっても差し支えないこと。 　なお、特定事業所加算を取得する事業所については、積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされているものであり、こうした割合を満たすのみではなく、それ以外のケースについても、常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものであり、原則として、簡易なケースについては、取り扱うべきものではないこと。 3月13日国説明：中重度者60％であるが、それ以外の残り40％は簡易なケースでよいという趣旨ではない
ヘ　当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施していること。	「計画的な研修」については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、介

	護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも年度が始まる3月前までに次年度の計画を定めなければならない。また、管理者である主任介護支援専門員は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届け出をする場合にあっては、当該届け出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。
ト　地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託すること。また、地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加すること。	特定事業所加算取得事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならないこと。
チ　イの注3又は注5に掲げる減算の適用を受けていないこと。	特定事業所加算の趣旨を踏まえ、単に減算の適用になっていないのみならず、特定事業所加算の趣旨を踏まえた、中立公正を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保した事業所である必要があること。
リ　当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員が担当し、指定居宅介護支援を行う利用者数に当該事業所が１人当たり３５名を超えておらず、かつ、介護予防支援業務の委託を受けていないこと。	取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員１名当たり３５名以下であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでることがないよう配慮しなければならないこと。 なお、トの要件のうち、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては、業務の支障がない範囲内で、例外的にリの介護支援専門員１人当たり利用者数が３５名以内である要件の枠外として取り扱うことが可能であること。

3　その他

特定事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供を行うこと。また、利用者に対し、特定事業所加算取得事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行うこと。

4　手続

本制度については、平成１８年４月以降の事実関係をもって判断するものであるため、最も早い申請受理は7月以降となることに留意されたいこと。

本加算の要件を満たさなくなった場合は、直ちに加算廃止の申し出を行わなければならない。なお、本加算を取得した特定事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、2年間保存するとともに、都道府県知事等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

③特定事業所集中減算の創設

特定事業所集中減算（新規）⇒▲200 単位／月（全利用者対象）

※算定要件
正当な理由なく、当該事業所において前 6 月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が 90%以上である場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等一定の条件を満たす場合を除く。

（1） 判定期間と減算適用期間

居宅介護支援事業所は、毎年度2 回、次の判定期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とし、減算の要件に該当した場合は、次に掲げるところに従い、当該事業所が作成する減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて減算を適用する。

ア、 判定期間が前期（3月1日から8月末日）の場合は、減算適用期間を10月1日から3月31日までとする。ただし、平成18年度については、前期の期間を4月1日から8月末日とする。

イ、 判定期間が後期（9月1日から2月末日）の場合は、減算適用期間を4月1日から9月30日までとする。

（2） 判定方法

各事業所ごとに、当該居宅介護支援事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与が位置づけられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人（以下「紹介率最高法人」という）を位置づけた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス、通所介護又は福祉用具貸与のいずれかについて90% を超えた場合に減算する。

（具体的な計算式）

事業所ごとに、次の計算式により計算し、①、②又は③ のいずれかの値が90%を超えた場合に減算

① 訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷ 訪問介護を位置付けた計画数

② 通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷ 通所介護を位置付けた計画数

③ 福祉用具貸与に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷ 福祉用具貸与を位置付けた計画数

（3） 算定手続

判定期間が前期の場合については9月15日までに、判定期間が後期の場合については3月15日までに、すべての居宅介護支援事業者は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果90%を超えた場合については当該書類を都道府県知事に提出しなければならない。なお、90%を超えなかった場合についても、当該書類は、各事業所において2年間保存しなければならない。

ア 判定期間における居宅サービス計画の総数

イ 訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数

ウ 訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名

エ （2）の算定方法で計算した割合、

オ （2）の算定方法によりで計算した割合が90%を超えている場合については、その正当な理由

（4） 正当な理由の範囲

（3）で判定した割合が90%以上あった場合には、当該事業者は90%を超えるに至ったことについて正当な理由がある場合については当該理由を都道府県知事に提出すること。なお、都道府県知事が当該理由を不適当と判断した場合は特定事業所集中減算を適用するものとして取扱う。正当な理由として考えられる理由を例示すれば次のようなものであるが、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを都道府県知事において適正に判断されたい。

ア 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合

（例）訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合

紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。

イ 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合

ウ 判定期間の平均の居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合

エ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合

オ その他正当な理由と都道府県知事が適当と認めた場合

④運営基準減算の見直し（該当利用者ごと減算は今までどおり）

運営基準減算	→	＜減算要件に該当した場合＞ 基本単位数の 70%を算定
		＜上記減算が 2 か月以上継続している場合＞ 基本単位数の 50%を算定

※減算の要件

- ・サービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会を行っていない場合（ケアプランの新規作成、要介護更新認定、要介護区分の変更認定の場合には、サービス担当者会議の開催を条件とする。）
- ・居宅サービス計画原案を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、計画を利用者及び担当者に交付していない場合
- ・特段の事情なく 1 か月に 1 度利用者の居宅を訪問して、利用者に面接しない場合
- ・モニタリング結果を記録していない状態が 1 か月以上継続している場合

〇居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

注2 の「別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合については、厚生労働大臣が定める基準（ 平成1 2年厚生省告示第25号）第四号において「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号） 第13 条第7号、第9号から第11号まで、第13号及び第14号（これらの規定を同条第1 5号において準用する場合を含む）に定める規定を遵守していること」としたところであるが、より具体的には次のいずれかに該当する場合に減算される。これは適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。都道府県知事は、当該規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

⑴ 居宅サービス計画の新規作成及びその変更に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

⑵ 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

① 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合又は要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合

② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合

③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

⑶ 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という）に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

パブリックコメント	3月14日厚生労働省回答
特定事業所集中減算は、利用者の選択を抑制するものであるで、撤廃あるいは、条件付きとしていただきたい。	事業者の質が高いため利用者が選択したことによる集中などの場合については、「正当な事由」に該当するため、減算の対象には当たらないこととするなど、すでに選択の抑制につながらないよう必要な措置を講じているところです。
特定事業所集中減算を適用しない「正当な理由」がある場合とは具体的にどのような場合か。	「正当な理由」に該当するものとしては、例えば、サービス事業所の数が少ない場合、居宅介護支援事業所が作成したケアプラン数自体が少数である場合、サービス提供事業者の質が高いことによって集中した場合などを想定しています。
特定事業所加算について、常勤専従が3人	例えば、研修受講のための代替要員確保な

以上の配置という要件は厳しすぎるものであり、事業者のインセンティブが働かず、質の向上につながらないのではないか。	どの観点をみても、合理的で質の高い経営のためには、常勤専従職員を一定数以上確保することが不可欠と考えており、常勤専従3名配置要件は加算要件として必要と考えています。
介護支援専門員の取扱報酬の40件を超えた場合の介護報酬の減算が大きすぎるのではないか。現在の利用者に不便をかけないためにも十分な経過措置をおいていただきたい。	現在の利用者に不便をかけないという趣旨から、既存事業者に対しては、経過的要介護者の件数及び介護予防支援受託した件数について、逓減制のカウントに算入しない旨の経過措置を置いています。
サービス担当担当者会議を開催しないことについて、やむを得ない理由・サービス担当者に対する照会の具体的な事例とはなにか。	やむを得ない理由としては、サービス担当者会議の開催の日程調整を行ったものの、サービス担当者の都合により参加が得られなかった場合などサービス担当者会議を開催しないことについて合理的な理由がある場合を想定しています。

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
（問30）居宅介護支援費の算定区分の判定のための取扱件数については、事業所の所属するケアマネジャー1人当たりの平均で計算するという取扱いでよいのか。	（答30）基本的には、事業所に所属するケアマネジャー1人（常勤換算）当たりの平均で計算することとし、事業所の組織内の適正な役割分担により、事業内のケアマネジャーごとに多少の取扱件数の差異が発生し、結果的に一部ケアマネジャーが当該事業所の算定区分に係る件数を超える件数を取り扱うことが発生することも差し支えない。ただし、一部のケアマネジャーに取扱件数が著しく偏るなど、居宅介護支援の質の確保の観点で支障があるような場合については、是正する必要がある。
（問31）ケアマネジャー1人当たりというのは、常勤換算によるものか。その場合、管理者がケアマネジャーであれば1人として計算できるのか。	（問31）取扱件数や介護予防支援業務受託上限の計算に当たっての「ケアマネジャー1人当たり」の取扱については、常勤換算による。なお、管理者がケアマネジャーである場合、管理者がケアマネジメント業務を兼ねている場合については、管理者を常勤換算1のケアマネジャーとして取り扱って差し支えない。ただし、管理者としての業務に専念しており、ケアマネジメント業務にまったく従事していない場合については、当該管理者については、ケアマネジャーの人数として算定することはできない。
（問32）報酬の支給区分の基準となる取扱件数は、実際に報酬請求を行った件数という意味か。	（答32）取扱件数の算定は、実際にサービスが利用され、給付管理を行い、報酬請求を行った件数をいう。したがって、単に契約をしているだけのケースについては、取扱件数に力

	ウントしない。
（問33）居宅介護支援の基本単位の取扱いについて、例えば介護支援専門員１人当たりの取扱件数について、要介護1・2＝20件、要介護3・4・5＝15件、経過的要介護＝10件、介護予防支援業務の受託件数＝4件である居宅介護支援事業者（18年4月1日時点で、既に指定を受けている既存の事業者）を想定した場合 （1）18年9月末日までの経過措置期間 （2）経過措置期間終了後の18年10月以降 の取扱いを具体的に示されたい。	このケースの場合、 （1）18年9月末日までの経過措置期間中における既存事業者（18年4月1日時点で既に指定を受けている既存の事業者）の場合 居宅介護支援費の支給区分（Ⅰ～Ⅲ）の判断に際し、「経過的要介護」と「介護予防支援の受託件数」については、取扱件数の算定から除外することとしている。したがって、本ケースの場合については、取扱件数は35件（20件＋15件）であるから居宅介護支援費Ⅰが適用になる。 この場合の報酬は、 10000円×20件＝　20万円 13000円×15件＝19．5万円 8500円×10件＝　8．5万円 （受託単価）×4件＝　受託価格 の総和ということになる。 （2）経過措置期間終了後の18年10月以降の場合 取扱件数は、20件＋15件＋10件＋（4件×1／2）＝47件 したがって、居宅介護支援費（Ⅱ）が適用となる。 この場合の報酬は、 6000円×20件＝　12万円 7800円×15件＝11．7万円 8500円×10件＝　8．5万円 （受託単価）×4件＝　受託価格 の総和ということになる。 ※説明の簡略化の観点から、加算・減算については、考慮していない。 ※取扱件数が所定件数を超えた場合の逓減制の対象は、要介護1～5のすべてのケースについてであり、所定件数を超えた件数のみが逓減されるわけではないことに注意されたい（なお、経過的要介護については逓減報酬はない）。したがって、例えば、取扱件数が40件を超過した場合、40件を超過した数のみが居宅介護支援費（Ⅱ）となるわけではなく、すべての要介護1～5に係る報酬について居宅介護支援費（Ⅱ）が適用されることになる。
（問34）特定事業所集中減算の算定に当たって、対象となる「特定事業所」の範囲は、同一法人単位で判断するのか、あるいは、系列法人まで含めるのか。	（答34）同一法人格を有する法人単位で判断されたい。

（問35）居宅介護支援事業費の特定事業所加算を取得した事業所は、毎月「所定の記録」を策定しなければならないこととされているが、その様式は示されるのか。	（答35）別添①の標準様式に従い、毎月作成し、2年間保存しなければならない。
（問36）取扱件数が40件を超過することを理由に一律に、サービス提供を拒否すれば、基準違反になるのか。	（答36）指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なくサービス提供を拒否できないこととされている。ただし、現行制度上も、例えば、当該事業所の現員からは利用申し込みに応じきれない場合などについては「正当な理由」に該当するものとされている。 　したがって、40件を超えることを理由に拒否するケースについて、一概に適否を判断するのではなく、従前どおり、個別ケースの状況に応じて、判断すべきである。なお、いずれにせよ、自らサービスを提供できない場合については、利用者に対して事情を丁寧に説明した上で、別の事業所を紹介するなど利用者に支障がないよう配慮することが必要である。
（問37）月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、事業所が変更となった場合の取り扱いはどのように行うのか。	（答37）月の途中に要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、事業所が変更となった場合には、介護支援業務を行う主体が地域包括支援センターたる介護予防支援事業者から居宅介護支援事業者に移るため、担当する事業者が変更となるが、この場合には、月末に担当した事業所（小規模多機能型居宅介護事業所及び介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を除く）が給付管理票を作成し、提出することとし、居宅介護支援費を併せて請求するものとする。 また、逆の場合は、月末に担当した地域包括支援センターたる介護予防支援事業者が給付管理票を作成、提出し、介護予防支援費を請求するものとする。
（問38）居宅介護支援事業所の介護支援専門員を利用している者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合、介護支援専門員は当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に変更されることとなり、国保連合会への「給付管理票」の作成と提出については、当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が行うこととなるが、月の途中で変更が行われた場合の小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護サービス利用に係る国保連合会への「給付管理票」の作成と提出はどこが行うのか。	（答38）利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護（又は介護予防小規模多機能型居宅介護。以下略）を受けている場合には、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員がケアプラン作成を行うこととなる。この場合の給付管理は、他の居宅介護サービスを含めて「給付管理票」の作成と提出を行い、当該月について居宅介護支援費（又は介護予防支援費。以下略）は算定されないこととなる（別添②のケース1）。 月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合は、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能

	型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係る「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる（別添②のケース２、３、５）。 なお、同月内で複数の居宅介護支援事業所が担当する場合には、月末時点（又は最後）の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護費を提出することとなる（別添②のケース４）。

11 介護予防支援

人員の基準に保健師等の担当職員を位置付け、公正中立かつ利用者の自立に向けた目標指向型の計画を策定するよう規定する。

パブリックコメント	3月14日厚生労働省回答
地域包括支援センターの職員の経過措置として、保健師にかわり「地域保健等に関し経験のある看護師」を規定するとされているが、経過措置ではなく保健師又は「地域保健等に関し経験のある看護師」と位置づけていただきたい。	御指摘の「地域保健等に関し経験のある看護師」についても、当分の間認めることとしていることから、規定上は、経過措置ではなく、「保健師又はそれに準ずる者」として本則上、定めることとしています。
地域包括支援センターの職員配置基準について、一律の人員基準とすることなく、地域の実情に応じた弾力的な人員配置をみとめるべきではないか。	地域包括支援センターの人員配置については、原則として配置すべき人員を規定することとしていますが、自治体の規模や地理的条件などを勘案して柔軟な配置ができることとしております。

ア 基本単位

基本単位については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえ、適正化の観点から報酬水準を設定する。

介護予防支援費（新規） → 400単位／月

イ 初回加算

予防給付における初回加算の算定に当たっては、新規に介護予防サービス計画を作成した場合の介護予防支援費に加算する。初回加算（新規） → 250単位／月

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
予防支援業務について委託する場合にといて、介護支援専門員 1 人当たり8件を上限とするとあるが困難。実施するのならば、現在の状況の対象者数の状況からいうと、ケアマネジメントの継続性の観点等から、利用者に不利益な取扱いとならないよう、十分な経過措置をとっていただきたい。	利用者に対する不利益防止等の観点から、6ヶ月間の経過措置を設ける等の措置を講じるとともに、介護予防支援業務について、例えば、居宅訪問を原則3月に1回とするなどの効率化・合理化を図るなどの配慮措置を講じているところです。
介護予防支援について施行後すみやかに再評価等の措置についてご検討いただきたい。	利用者に対する不利益防止等の観点から、6ヶ月間の経過措置を設ける等の措置を講じるとともに、介護予防支援業務について、例えば、居宅訪問を原則3月に1回とするなどの効率化・合理化を図るなどの配慮措置を講じているところです。なお、実施後の状況については、適切に実態を把握してまいりたいと考えています。
介護支援事業所の管理者として、管理に優れている者であれば介護支援専門員に限らなくともよいのではないか。	居宅介護支援事業所としての業務管理に必要な知識を有する者として、管理者要件については、介護支援専門員でなければならないこととしております。

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】

居宅介護支援、介護給付の取り扱い件数は35件、その35件をベースにして、介護予防支援業務に係る受託を受けた場合には、当該件数に1／2を乗じて得た件数を含めて算定する。受託件数は介護支援専門員1人当たり8人。地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に全部委託しようと考えていた自治体は当てが外れたのではないか。8人が上限、その1／2で4件、介護給付と合わせると39件、1000単位が600単位に下がらないぎりぎりのライン、又介護予防支援の報酬として400単位となっており、果たして居宅介護支援事業者が受けてくれるのかどうかという問題、ある地域で熱心に利用していたところは要支援、要介護1がとても多い、地域格差が2倍、そういう地域ではどういう現象がでてくるかというと、3割から4割が要介護者で、下手をすると35件がすべて要支援者ということも出てくる。そうしたいくらかのパニックが起きているということで6ヶ月の経過措置を検討している。

その検討状況は 962 頁以下（追加資料）、委託件数の上限を設定した趣旨として、介護給付を担当する介護支援専門員が中重度者に資力を注いでもらいたいということで8件にした。さらに、市町村が地域包括支援センターを設置し、介護予防とか包括的ケアとか、市町村が責任もって行う。したがって、介護予防については市町村の責任のもとで展開していただきたい。なぜそのようなことかというと介護予防の真髄はポピュレーションアプローチ、要支援者になってからやるのではなく水際作戦から市町村から責任もってやっていただく。従来と同じように、軽い人から重い人までごちゃまぜになって居宅介護支援事業所でケースを抱えてもらうという構造を改めたいという趣旨であります。（2）質の高いケアマネジメントプロセスの徹底ということ、居宅介護支援事業者は中重度者に力を注いでいただきたいということです。（3）市町村が自ら新予防給付の管理をすることで実行ある成功体系、そういう人たちを増やす、その人たちが地域で、さらにみずから地域の役割をかってでる、地域でその実態をみせていくということに地域包括支援センターは力を注いでいただきたいというふうに思っています。しかしながら、急に舵を変えられたら困るということなので、配慮措置すなわち経過措置として6ヶ月設けている。その間の受託件数は上限が当てはまらない。964 頁、介護予防プランは今までのケアマネジメントとどこが違うのだろうかということですが、まず第一に、対象者が類型化でき、アセスメントも特定できる。次に、報酬の構造が月単位のマルメなので従来の細かい給付のすりあわせが軽減され、業務が軽減される。ある程度の事細かなアセスメントというのは書くが、より事業所に書いてもらうという設定、事業所がそういうことをして、プログラムを組んで行う。むしろ事業所に新予防給付の負担を担う。その分、業務量が減るという想定。また、モニタリングが毎月ではなく、3 ヶ月に 1 回、業務の軽減が図られているということ、（3）人員基準の明確化、なにも保健師だけで作れということではなく、保健師もいれば社会福祉士、主任ケアマネジャーがいる、さらに若干緩和し、経験のある看護師、高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事も「その他介護予防支援に関する知識を有する者」に含めていきます。というのは、もともと地域包括支援センターの職員はさまざまな経験の持ち主により構成され、研修を受けて、個別の問題をもちかけながらみんなで介護予防マネジメントをもっていくというのであります。ぜひとも6ヶ月トライしていただきたいというのが本日の段階でのお願いであります。ただ、そうとはいっても、特定地域についてはそうとはいっていられない。この問題については今後の状況を見ながら改めて9月まで対策を検討するということも考えています。

965頁のQ＆A、これはちょっと変則ではありますが、市町村、というか地域包括支援センターに、一方では居宅介護支援事業者、二足のわらじをはくこともありうることに対する Q&A です。市町村の非常勤、嘱託として、包括の職員として予防のマネジメントを行っていく。しかしながら、居宅介護支援事業者として中重度者に集中していただくということを壊されてしまって

はこまるので、地域包括支援センターで仕事をすればその分の常勤換算は除かれるという趣旨であります。業務過多になることは困りますが、まあ社会資源を有効にするというこういう方法もあるということです。

【3月27日Q&A（vol.2）】	回答
（問9）利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合、初回加算は算定できるのか。	（答9）初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものでありお尋ねの事例については算定可能である。 なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。
（問10）介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定することができるのか。また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。	（答10）前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することができない。 また、後者のように、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算を算定することが可能である。
（問11）初回加算の算定要件である「新規」には、契約は継続しているが給付管理を初めて行う利用者を含むと解してよいか。	（答11）「新規」とは、初めて給付管理を行い、報酬請求を行う月について適用するものである。したがって、従前より、契約関係は存在していた利用者についても、初めて報酬請求に至った月において、初回加算を算定することが可能である。なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。
（問12）契約期間が終了したものの、その翌日に、再度、契約がされた場合については、再度の契約時のに初回加算は算定できるのか。	（答12）初回加算については、実質的に、介護予防支援事業所が、初めて、利用者に対する対応を行う際に、その手間等を評価するという趣旨であるので、契約が実質的に継続するようなケースについては、算定することはできない。 なお、この取扱方針は、形式的な空白期間を置いたとしても同様である。
（問13）介護予防支援の担当件数の標準は示されるのか。	（答13）介護予防支援の人員基準上「必要な数」とされており、特に具体的な担当職員1人当たりの担当件数は示していない（介護予防支援基準第2条）が、業務に支障のない人員を配置することが必要である。 ※ なお、介護予防支援の人員基準は、地域包括支援センターの設置基準で定められた3職種の人員基準とは別に定められている

	ものであり、3職種との兼務は可能であるが、介護予防支援の業務に支障のない人員を配置することが求められる。
（問14）介護予防支援業務の担当職員については、非常勤として他の指定事業所の業務と兼任することは可能か。	（答14）介護予防支援業務の担当職員については、必ずしも常勤である必要はなく、業務に支障のない範囲で、他の事業所の業務と兼務することも可能である。
（問15）介護予防支援業務を実施する地域包括支援センター設置法人と同一法人が、居宅介護支援事業所を複数経営している場合、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーが介護予防支援業務を実施する場合、8件の制限がかかるのか。	（答15）お尋ねのケースについては、当該ケアマネジャーがどのような立場で介護予防支援業務を実施するのかによって取扱いが異なる。具体的には次のとおり。 ①居宅介護支援事業所のケアマネジャーとしてではなく、介護予防支援事業所の非常勤の担当職員として介護予防支援事業所において業務を実施する場合 ・居宅介護支援事業所として業務を実施するわけではないので、8件の上限は適用されない。 ②居宅介護支援事業所のケアマネジャーとして居宅介護支援事業所において業務を実施する場合 ・あくまでも、当該居宅介護支援事業所が、介護予防支援事業所から委託を受けて介護予防支援業務を実施することとなるため、8件の上限が適用される。 ※　なお、次の問及び全国介護保険担当課長ブロック会議資料（平成18年2月）「地域包括支援センター・介護予防支援関係Q＆A（追補）」参照
（問16）介護予防支援業務の委託件数の上限の算定については、常勤・非常勤の別にかかわらず、介護支援専門員1人当たり8件なのか。	（答16）委託件数の上限の算定に当たっては、常勤換算した介護支援専門員の人数に8を乗じた数として取り扱う。
（問17）介護予防支援の委託件数の上限の算定する場合、給付の算定に結びつかなかったケースについても算定するのか。	（答17）上限の計算の際、件数を算定するのは、介護予防サービスを利用し、給付管理票を作成したケースについてである。したがって、お尋ねのケースについては件数を算定する必要はない。
（問18）介護予防支援事業所の管理者と他の事業所の管理者は兼務可能か。	（答18）介護予防支援事業所の管理者は、原則として専任でなければならない。 　ただし、当該介護予防支援事業所の介護予防支援業務、当該指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターの業務に限って、介護予防支援事業所の管理に支障がない場合には、兼務可能である（介護予防支援基準第3条参照。）

	したがって、他の事業所の管理者との兼務をすることはできない。
（問19）地域包括支援センターの人員基準を満たす担当職員が介護予防サービス計画を作成した場合、必ず保健師がチェックしなければならないのか。	（答19）介護予防支援業務の実施に当たっては、給付管理業務のような事務的な部分を除き、人員基準を満たす担当職員が対応しなければならない。 その業務の実施に当たっては、指定介護予防支援事業所である地域包括支援センターにおいて組織（チーム）として対応することを原則とするが、必ずしも保健師によるチェックなどを要するものではない。
（問20）介護予防サービス計画の作成を居宅介護支援事業所に委託した場合の同意は、保健師が行わなければならないか。	（答20）必ずしも保健師が行う必要はなく、担当職員によるもので差し支えないが組織チームとしての対応意思決定は必要である。
（問21）介護予防支援業務を実施する担当職員を配置するスペースが不足しているため、地域包括支援センターとは別の場所に執務室を確保し、業務を実施することは可能か。	（答21）地域包括支援センターの業務については、指定介護予防支援に関する業務を含め、専門職がチームにより一体的に実施することが求められることから、執務スペースについても一体であることが望ましい。 ただし、職員配置の都合上、不可能な場合については、当面、分離することもやむを得ないが、その場合についても、 ①相互に連絡・調整を密に行い、地域包括支援センターとしての業務の組織的・一体的な実施に支障がないものであること ②可能な限り速やかに、一体的に実施できる執務スペースを確保することが必要である。 ※なお、介護予防支援の担当職員の執務スペースを、例えば、居宅介護支援事業所内に置いて、居宅介護支援業務と混然一体で実施することは認められない。
（問22）介護予防サービス計画において、介護予防訪問介護等の具体的な回数やサービス提供日、サービス提供時間を設定する場合、介護予防プランの様式のどの部分に記載すればよいのか。	（答22）介護予防訪問介護等定額制のサービスについては、介護予防サービス計画においては、目標や方針、支援要素などを、利用者の意向も踏まえ決定することとしており、具体的な介護予防サービスの提供方法や提供日等については当該介護予防サービス計画を踏まえ、利用者とサービス提供事業者の協議等により決定されることとされている。
（問23）介護予防訪問介護等定額制サービスのサービス提供日時の調整業務等は、誰が行うこととなるのか。	（答23）従前はケアマネジャーが行っていたところであるが、介護予防サービスにおける介護予防訪問介護等の定額報酬であるサービスの場合は、必ずしも、介護予防支援事業者が行う必要はなく、サービス提供事業者が利用者との話し合いで行うこととして差し支えない。

	※ 介護予防サービスについても、出来高払いのサービスの取扱いについては、従前どおりである。
（問24）介護予防支援の様式のうち、7表・8表の取扱いはどのようにすればよいのか。	（答24）7表・8表については、介護予防サービスにおいては、目標や方針、支援要素などを介護予防支援事業者が決定することとしている。サービスの具体的な提供方法や提供日等については、当該介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画を踏まえ、サービス提供事業者と利用者の協議により決定されることとされている。これらを踏まえ、7表・8表については、現行のものを、適宜、介護予防支援事業者の判断により、業務に支障のない範囲内で簡素化して利用することとして差し支えない。
（問25）介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する場合の委託業務の範囲や委託期間は、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で、自由に決定することができるのか。また、その際の委託料については、なんらかのガイドラインが示されるのか。	（答25）委託した場合であっても、最終的な責任を本来の業務実施主体である介護予防支援事業者が負うという前提で、基本的には、委託の範囲は、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で決定されるものである。その際の委託料についても、両者の契約によるべきものであり、ガイドライン等を示す予定はない。
（問26）インフォーマルサービスのみの介護予防サービス計画について介護予防支援費を算定することは可能か。	（答26）介護予防給付の利用実績のない場合は、給付管理票を作成できないため、介護予防支援費を算定することはできない。
（問52）要介護・要支援認定の新規申請区分変更申請など認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。	（答52）いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。その際居宅介護支援事業者介護予防支援事業者は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対し

	て給付がなされないことがないようにすることが望ましい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。
（問５３）実際の居住地が住所地から遠隔にある要支援者の介護予防支援は居住地と住所地のどちらの市町村の介護予防支援事業者が行うのか。また、その場合の費用負担はどのような取扱いとすればよいのか。	介護予防支援については、住所地の市町村において指定された介護予防支援事業者において行うことが原則となるが、御指摘のケースの場合のように、実際の居住地が遠隔にある要支援者の介護予防支援については、 ① 当該住所地の市町村が、当該居住地の市町村の指定した介護予防支援事業者との契約により、当該介護予防支援事業者において当該要支援者の介護予防支援を行う方法 ② 当該住所地の介護予防支援事業者が、居宅介護支援事業所への委託を活用し、要支援者の居住地の居宅介護支援事業所に介護予防支援業務を委託する方法 などが考えられる。 なお、①の方法による場合の費用負担については、両者の契約により行われるものであるが、住所地の市町村により当該介護予防支援に要した費用を負担することが考えられる。

12 介護保険施設

○ 介護保険施設については、ユニット型個室と多床室との報酬水準の見直しなど平成 17 年度介護報酬改定に関連した課題への対応、経営状況等を踏まえた見直しを行う。
○ また、介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」への集約を図る。こうした将来像を踏まえ、18 年度改定においては、中重度者への重点化、在宅復帰支援機能の強化、サービスの質の向上等の観点から見直しを行う。
○感染症対策体制の徹底、介護事故発生の防止、褥瘡の防止等、施設サービスの質を向上させるため、運営基準に所要の規定を追加する。
○ユニット型施設について、質の高い個別ケアを推進する観点から、職員配置基準について所要の規定を追加する。
○介護老人福祉施設にあっては、医師、生活相談員、介護支援専門員及び管理者について、サテライト型居住施設との連携に対応した所要の規定を整備する。
○介護老人保健施設にあっては、在宅復帰支援型介護老人保健施設(小規模介護老人保健施設)の人員・施設等の基準について所要の緩和措置を規定する。病床転換による介護老人保健施設に係る経過措置の延長を行う。
○介護療養型医療施設にあっては、介護報酬上の療養環境減算のそれぞれの廃止に対応して、設備基準に関する経過措置を改正する。

(1)各施設共通事項

ア 基本単位の見直し
平成 17 年度介護報酬改定における答申を踏まえ、ユニット型個室と多床室との報酬設計のバランス、施設の経営状況等を踏まえた報酬水準の見直しを行う。
※ 上記に伴い、ユニット型個室に係る社会福祉法人軽減の特例は廃止。

パブリックコメント	厚生労働省の回答
施設の報酬単価について、多床室の単価を引き下げ過ぎではないか。	多床室の報酬の設定に当たっては、ユニット型個室と多床室との報酬水準の見直し等の平成17年度介護報酬改定に関連した課題に対応する観点や、施設の経営状況等を総合的に勘案して設定したところです。

【介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
① ユニット型介護福祉施設サービス費(ユニット型個室・ユニット型準個室)

(旧)		(新)
要介護 1　641 単位／日		要介護 1　657 単位／日
要介護 2　688 単位／日		要介護 2　728 単位／日
要介護 3　736 単位／日	→	要介護 3　798 単位／日
要介護 4　784 単位／日		要介護 4　869 単位／日
要介護 5　831 単位／日		要介護 5　929 単位／日

② 介護福祉施設サービス費(多床室)

（旧）		（新）
要介護１　659 単位／日		要介護１　639 単位／日
要介護２　730 単位／日		要介護２　710 単位／日
要介護３　800 単位／日	→	要介護３　780 単位／日
要介護４　871 単位／日		要介護４　851 単位／日
要介護５　941 単位／日		要介護５　921 単位／日

【介護保健施設（老人保健施設）】

① ユニット型介護保健施設サービス費（ユニット型個室・ユニット型準個室）

（旧）		（新）
要介護１　689 単位／日		要介護１　784 単位／日
要介護２　738 単位／日		要介護２　833 単位／日
要介護３　791 単位／日	→	要介護３　886 単位／日
要介護４　845 単位／日		要介護４　940 単位／日
要介護５　898 単位／日		要介護５　993 単位／日

② 介護保健施設サービス費（多床室）

（旧）		（新）
要介護１　801 単位／日		要介護１　781 単位／日
要介護２　850 単位／日		要介護２　830 単位／日
要介護３　903 単位／日	→	要介護３　883 単位／日
要介護４　957 単位／日		要介護４　937 単位／日
要介護５　1010 単位／日		要介護５　990 単位／日

【介護療養型医療施設（病院・診療所）】

① ユニット型療養型介護療養施設サービス費（ユニット型個室・ユニット型準個室）

（旧）		（新）
要介護１　690 単位／日		要介護１　785 単位／日
要介護２　800 単位／日		要介護２　895 単位／日
要介護３　1038 単位／日	→	要介護３　1133 単位／日
要介護４　1139 単位／日		要介護４　1234 単位／日
要介護５　1230 単位／日		要介護５　1325 単位／日

② 療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（多床重）

（旧）		（新）
要介護１　802 単位／日		要介護１　782 単位／日
要介護２　912 単位／日		要介護２　892 単位／日
要介護３　1150 単位／日	→	要介護３　1130 単位／日
要介護４　1251 単位／日		要介護４　1231 単位／日
要介護５　1342 単位／日		要介護５　1322 単位／日

イ ユニット型施設に関する基準等の見直し

質の高い個別ケアを推進する観点から、ユニット型施設の人員配置等について基準上の明確化を行うとともに、これを満たしていない場合は、基本単価を 97／100 で算定する。

※基準
・日中においては、ユニット毎に常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
・夜間及び深夜においては、2 ユニット毎に 1 人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
・ユニット毎に常勤のユニットリーダーを配置すること。

①夜間体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合について、入所者全員に対し行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制の要件を満たさず、ユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても、入所者全員に対し夜勤体制の減算が行われることとなる（夜勤職員基準第5号）。

②ユニットにおける職員に係る減算について
ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

【ユニットリーダーの解釈について】

ユニット型において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置するほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。

この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。

なお、3年後の次回改定の際には、その時点での研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。

【9月4日 Q&A(vol.127)】	回答
（問13）平成 18 年 3 月 31 日付け介護制度改革 INFORMATIONvol.88「介護老人福祉施設等に関するQ＆A」において、「改修等によりやむを得ず同一階に奇数ユニットを設ける場合に、隣接する階段等を通じて昇降が容易にできる構造になっているときは、1名の夜勤者が隣接階にある2ユニットを担当することとしても差し支えない」こととされているが、改修ではなく、当初から同一階に奇数ユニットがある場合も同様な取扱いとしてよいか。	（答13） 既存の施設で、同一階に奇数ユニットがある形態で整備されているものについては、Q＆Aと同様の取扱いとして差し支えないが、今後整備する場合には、今回の夜勤体制の見直しを踏まえ、同一階に奇数ユニットを設けることは避けるべきである。

ウ 経口維持加算の創設

現行の経口移行加算を見直し、経口で食事が摂取できるものの摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に対し、多職種協働により摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、計画に従い特別な管理を行う場合に加算する。

<table>
<tr><td rowspan="2">（旧）
経口移行加算
経管栄養の者・著しい誤嚥が認められる者を対象
28 単位／日
（算定は原則 180 日まで）</td><td>（新）
経口移行加算
経管栄養の者を対象 28 単位／日</td></tr>
<tr><td>経口維持加算
Ⅰ 著しい誤嚥が認められる者を対象 28 単位／日
Ⅱ 誤嚥が認められる者を対象（新設） 5 単位／日
（算定は原則 180 日まで）</td></tr>
</table>

※経口維持加算Ⅱの算定要件

・経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるもの（水飲みテスト等による医師の確認が必要）を対象とし、以下の基準に適合していること。

・入院患者の摂食・膝下機能が医師の診断により適切に評価されていること。

・誤嚥等によるリスクの管理体制が適切に整備されていること。

・食形態の配慮など誤嚇防止のための適切な配慮がなされていること。

・上記を多職種協働により実施するための体制が施設において構築されていること。

※3月13日国説明：経口維持加算Ⅱについては、「誤嚥が著しくない者」が対象。

＜解釈通知＞

① 経口維持加算のうち、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に係るものについて

イ 経口維持加算のうち、経管栄養は行われていないが、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者(経口維持加算(Ⅰ))及び摂食機能障害を有し誤嚥が認められる者(経口維持加算(Ⅱ)に係るものについては、次に掲げる a から d までの通り、実施するものとすること。

a 経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示を受けたものを対象とすること。

経口維持加算(Ⅱ)については、現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示を受けたものを対象とすること。

b 医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること（ただし、栄養マネジメント加算を算定している入所者にあっては、栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

c 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な栄養管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。経口維持加算(Ⅰ)及び経口維持加算(Ⅱ)の算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理により、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

d 入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えた場合でも、引き続き、
(a)経口維持加算(Ⅰ)の対象者については、造影撮影又は内視鏡検査により、引き続き、誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理が必要であるものとして医師の指示がなされ、また、当該特別な栄養管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合
(b)経口維持加算(Ⅱ)の対象者にあっては、水飲みテスト等により引き続き、誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示がなされ、また、当該特別な栄養管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとすること。
ただし、(a)又は(b)における医師の指示は、概ね2週間毎に受けるものとすること。

ロ 23号告示第20 号に規定する管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師への報告等が迅速に行われる体制とすること。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問72)水飲みテストとはどのようなものか。また、180日までの算定原則を外れる場合とはどのようなときか。	 (答) 水飲みテスト等による医師の診断により摂食機能障害を有している者が対象となる。代表的水飲みテスト法である窪田の方法(窪田俊夫他:脳血管障害における麻痺性嚥下障害―スクリーニングテストとその臨床応用について. 総合リハ, 10(2):271－276, 1982)をお示しする。この場合、経口維持加算2 は、「プロフィール3－5:異常」に該当する場合、対象となる。また、180日の算定を外れる場合とは、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した場合である。なお、反復唾液嚥下テストで代替する場合にあっては、30秒以内で3回未満の場合に対象となる。

常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する。 「プロフィール」 1．1 回でむせることなく飲むことができる。 2．2 回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。 3．1 回で飲むことができるが、むせることがある。 4．2 回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある。 5．むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。 「エピソード」 すするような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など プロフィール1で5 秒以内： 正常範囲 プロフィール1で5 秒以上、プロフィール2：疑い プロフィール3－5： 異常	
（問73）経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中に含めることは可能か。	（答） 当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。
（問74）経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。	（答） 医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。
（問75）経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。	1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。 注）刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があってバラバラになりにくいか、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか（粘膜につきにくくないか）、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。 2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。 3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの

	適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要である。

エ 在宅復帰支援機能の強化
退所後の在宅生活について本人・家族等の相談支援を行うとともに、居宅介護支援事業者や主治医との連携を図るなど、在宅復帰支援を積極的に行い、かつ、一定割合以上の在宅復帰を実現している施設について加算を創設する。
　在宅復帰支援機能加算（新設）⇒10 単位／日

(23) 在宅復帰支援機能加算
①「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。
退所後の居宅サービスその他の保険医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。
②本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。
　イ 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
　ロ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
　ハ 家屋の改善に関する相談援助
　ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問68）退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。	（答） 算定可能である。
（問69）加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか。	（答） 各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこと となる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管して おき、指導監査時等に確認することとなる。
（問70）平成17年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成18年4月から算定は可能か。	（答） 加算の要件に該当すれば、算定可能である。
（問71）在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや、入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調 整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。	（答） 御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。

オ サービスの質の確保

① 感染症管理体制の強化

介護保険施設における感染症管理体制の徹底を図る観点から、感染症への対応方策を基準上明確化する。

② 介護事故に対する安全管理体制の強化

介護老人福祉施設及び介護老人保健施設について、介護事故に対する安全管理体制の確保を基準上明確化する。

③ 身体拘束廃止に向けた取組みの強化

身体拘束については、現行基準上、原則として行ってはならず、例外的に行う場合においても理由等の記録を行うことが義務付けられているが、こうした基準を満たしていない場合には減算する。

身体拘束廃止未実施減算（新設）⇒ ▲5 単位／日

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第 11 条第 5 項の記録（同条第4 項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

【9月4日 Q&A(vol.127)】	回答
（問10）身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」こととされているが、施設監査に行った際に身体拘束に係る記録を行っていないことを発見した場合、いつからいつまでが減算となるのか。また、平成18年4月前の身体拘束について記録を行っていなかった場合は、減算の対象となるのか。 ・身体拘束の記録を行っていなかった日：平成18年4月2日 ・記録を行っていなかったことを発見した日：平成18年7月 1 日 ・改善計画を市町村長に提出した日：平成18年7月5日	（答10） 身体拘束廃止未実施減算については、身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出し、これに基づく改善状況を3か月後に報告することになっているが、これは、事実が生じた月に改善計画を速やかに提出させ、改善計画提出後最低3か月間は減算するということである。 したがって、お尋ねのケースの場合、改善計画が提出された平成18年7月を基準とし、減算はその翌月の同年8月から開始し、最短でもその3か月後の10月までとなる。 なお、身体拘束廃止未実施減算は、平成18年4月から新たに設けたものであることから、同月以降に行った身体拘束について記録を行っていなかった場合に減算対象となる。

（問12）感染症対策委員会と事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要とされているが、施設に既存のリスクマネジメント組織がある場合は、新たにこれらの委員会を設置することなく、既存の組織で対応してよいか。褥瘡予防や身体拘束防止については、委員会設置の必要はないか。	（答12） 感染症予防対策や事故防止対策について十分に検討し、責任を持って方針を決定できる構成員や体制になっていると認められる場合は、既存の組織を活用することも差し支えない。なお、褥瘡予防や身体拘束防止については、委員会設置は必須ではない。

介護老人福祉施設

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問76）個別機能訓練加算について、配置としての加算なのか、それとも実施した対象者のみの加算なのか。	（答） 個別機能訓練加算については、単に体制があるだけでなく、体制を整えた上で個別に計画を作成するなどプロセスを評価するものであることから、入所者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての入所者について計画作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。
（問77）個別機能訓練加算について、機能訓練指導員が不在の日は加算が算定できないか。	（答） 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して個別機能訓練計画に従い訓練を行うこととしており、機能訓練指導員が不在の日でも算定できる。

ア 重度化対応加算の創設

入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、看護師の配置と夜間における 24 時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定などの一定の要件を満たす場合に加算する。

重度化対応加算（新設）⇒10 単位／日

※算定要件

次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

・常勤の看護師（※平成 19 年 3 月 31 日までの間は看護職員でも可。）を 1 名以上配置し、看護責任者を定めていること。

・看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24 時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。

・看取りに関する指針を策定し、入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること。

・看取りに関する職員研修を行っていること。

・看取りのための個室を確保していること。

＜解釈通知＞

注5の重度化対応加算は、施設基準第30 号において準用する第24 号において定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た場合に算定されるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

イ 「24 時間連絡体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうもので

ある。
具体的には、
① 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。
② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。
③ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。
④ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。
といった体制を整備することを想定している。
ロ管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取りに関する指針」が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、当該施設の看取りに関する考え方、終末期の経過（時期、プロセス毎）の考え方、施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制、本人及び家族との話し合いや同意、意思確認の方法、職員の具体的対応等が考えられる。
ハ重度化対応加算を算定している介護老人福祉施設においては、常時継続的に医学的な管理が必要と医師が認めた者の受入まで求めるものではないが、軽度の医療ニーズがある者（例えば胃ろうの者等）の受入を正当な理由なく断らないことが必要である。

【９月４日 Q&A(vol.127)】	回答
（問１）重度化対応加算の看取りのための指針について、新たな入所者は同意を得ることが可能であるが、既に入所している者の中に同意を得られない者がいる場合、同意を得られない入所者が一人でもいれば、同意を得られている入所者からも加算がとれないのか。	（答１） 重度化対応加算は一定の体制がとられている場合に、入所者全員について算定するものであるため、同意をとれない期間は算定しないというような個別の対応までを求めているものではなく、同意を得られない入所者がいたとしても全入所者について算定可能である。 重度化対応加算を算定する施設にあっては、入所者全員から同意を取るよう努力されたい。
（問２）重度化対応加算について、「看取りのための個室」は静養室でも差し支えないとされているが、静養室を看取りのための個室として使用する期間には、別に静養室としての基準を満たす個室を確保する必要があるのか。	（答２） 静養室を看取りのための個室として使用する期間であっても、別に静養室としての基準を満たす個室を設ける必要はない。
（問３）重度化対応加算について、ユニット型特別養護老人ホームの場合は、ユニット型個室とは別に「看取りのための個室」を確保する必要はないということでよいか。	（答３） ユニット型特別養護老人ホームの場合は、別に個室を確保する必要はない。

イ 準ユニットケア加算の創設
ユニット型施設に準ずるケア（12 人程度の小グループ単位でのケア、プライバシーに配慮した

居室、ユニット型施設と同等の人員配置等）を行っている従来型施設について加算する。

準ユニットケア加算（新設）⇒ 5 単位／日

＜解釈通知＞
注6の準ユニットケア加算は、施設基準第31 号において準用する第25 号において定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た場合に算定されるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、施設の一部のみで準ユニットケア加算の要件を満たす場合、当該要件を満たす部分に入所する者についてのみ準ユニットケア加算を算定して差し支えない。
イ 「プライバシーに配慮した個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てることまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切りは認めるが、家具やカーテンによる仕切りでは不可とする。また、天井から隙間が空いていることは認める。
ロ 1人当たりの面積基準については、4人部屋に中廊下を設けて居室を仕切るなど様々な工夫が考えられることから、仕切られた空間についての1人当たり面積基準は設けず、多床室全体として1人当たりの面積基準を満たしていれば足りることとする。

【9月4日 Q&A(vol.127)】	回答
（問7）準ユニットケア加算について、準ユニットケア加算を算定する準ユニットの中に個室的なしつらえに改修していない多床室がある場合（準ユニットを構成する3多床室のうち、2多床室は個室的なしつらえにしているが、1多床室は多床室のままの場合）、準ユニットケア加算は全体について算定できないのか。	（答7） 準ユニットを構成する多床室は全て個室的なしつらえを整備していることが要件であり、準ユニットケア加算は算定できない。
（問8）準ユニットケア加算について、個室的なしつらえとしてそれぞれ窓は必要か。	（答8） 準ユニットケア加算を算定する場合の個室的なしつらえについては、必ずしも窓は必要としない。
（問9）準ユニットケア加算の要件である入所者のプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえについて、4人部屋を壁等で仕切る場合、廊下側の部屋は日照や採光面で問題があると考えられため、壁等にすりガラスの明り窓等を設けることは認められるか。	（答9） 採光に配慮して、壁等にすりガラスの明り窓等を設ける場合でも、個室的なしつらえに該当することはあり得るが、視線の遮断が確保される構造かどうか個別に判断することが必要である。

ウ 看取り介護加算の創設

アの加算を算定している施設で、医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前 30 日を限度として、死亡月に加算する。

看取り介護加算（新設）⇒＜施設・居宅で死亡＞ 160 単位／日
＜上記以外で死亡＞ 80 単位／日

＜解釈通知＞
① 看取り介護加算は、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護師、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。
② 看取り介護加算は、23 号告示第33 号に定める基準に適合する看取り介護を受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ転院したりした後、在宅や転院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が30 日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）
③ 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。
④ 施設は、施設退所等の後も、継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。
なお、情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、施設退所等の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。
⑤ 入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30 日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。
⑥ 入院若しくは外泊又は退所の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。
⑦ 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護師、介護職員等が随時（少なくとも週１回以上）、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要である。なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、１度連絡を取って来てくれなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

【９月４日 Q&A(vol.127)】	回答
（問４）看取り介護加算について、家族が看取りのための個室ではなく、２人部屋でよいと同意している場合、２人部屋であっても加算が算定できるのか。	（答４） 本人や家族の希望により多床室での看取り介護を行った場合には、看取り介護加算の算定は可能であるが、多床室を望むのか、個室を望むのかは時期によって変わってくることもあるので、適宜本人や家族の意思を確認する必要がある。

（問５）看取り介護で入所者が多床室から看取りのための個室（静養室）に入った場合、個室の居住費の取扱いはどうなるのか。また、看取りのための個室が従来型個室であった場合はどうか。	（答５） 看取りのための個室が静養室の場合は、看取りのための個室に入る前の多床室に係る報酬を算定することとなる。また、看取りのための個室が従来型個室である場合は、「感染症等により従来型個室への入所の必要があると医師が判断した者であって、当該居室への入所期間が 30 日以内であるもの」に該当する場合には、多床室に係る介護報酬を適用する。この場合、居住費については、多床室扱いとなり、光熱水費のみが自己負担となる。
（問６）亡くなる直前になって家族が病院への搬送を求め、搬送先の病院で亡くなった場合、看取り介護加算（Ⅰ）160 単位はとれないのか。	（答６） 看取り介護加算（Ⅰ）と看取り介護加算（Ⅱ）は、入所者がどこで亡くなったかで判断されるものであるため、病院でなくなった場合は、看取り介護加算（Ⅱ）を算定することになる。

エ 在宅・入所相互利用加算の創設

在宅生活を継続する観点から、在宅と施設それぞれの介護支援専門員が利用者に関する情報交換を十分に行いつつ、複数の利用者が在宅期間及び入所期間（入所期間については3 か月を限度。）を定めて、介護老人福祉施設の同一の個室を計画的に利用する場合に加算する。

在宅・入所相互利用加算（新設）⇒30 単位／日

＜解釈通知＞

① 在宅・入所相互利用（ホームシェアリング）加算は、可能な限り対象者が在宅生活を継続できるようにすることを主眼として設けられたものであり、施設の介護支援専門員は、入所期間終了に当たって、運動機能及び日常生活動作能力その他の当該対象者の心身の状況についての情報を在宅の介護支援専門員に提供しながら、在宅の介護支援専門員とともに、在宅での生活継続を支援する観点から介護に関する目標及び方針を定めることが必要である。

② 具体的には、

イ 在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については3月を限度とする）について、文書による同意を得ることが必要である。

ロ 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくること。

ハ 当該支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、おおむね１月に１回）カンファレンスを開くこと。

ニ ハのカンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録すること。

ホ 施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めること。

③ 在宅・入所相互利用加算は、②に適合する介護を行っている場合に、対象者の入所期間１日につき30単位を加算するものである。

④ 在宅・入所相互利用加算は、同一の個室を複数人で交互に利用するものであるが、この場合の「個室」とは、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室又は準ユニットケア加算を算定している個室的なしつらえを有している居室のいずれでもよいものとする。なお、

平成18年3月31日までに多床室を活用して在宅・入所相互利用加算の加算対象となりうる事業を試行的に行っている施設において、同年4月1日以降も多床室を利用して在宅・入所相互利用を行う場合については、本加算を算定することができる。

【9月4日 Q&A(vol.127)】	回答
（問11）在宅・入所相互利用加算について、AさんとBさん間であらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて、同一の個室を計画的に利用する予定であったが、Aさんが入所中に急遽入院することになったため、Bさんが当初の予定日前に入所することとなった。また、BさんはAさんが退院して施設に戻れば在宅に戻ることになっている。この場合、Bさんについて在宅・入所相互利用加算を算定することはできるか。	（答11） AさんとBさんの在宅期間と入所期間を定めた当初の計画を変更した上で、Bさんが同一の個室を利用するのであれば、在宅・入所相互利用加算を算定することは可能である。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
介護老人福祉施設における「重度化対応加算」について、看取りのための個室は空床利用や静養室でもよいか。	看取りのための個室が確保されていれば足ります。
「準ユニットケア加算」12名程度の小グループとは何人までが小グループか。	十二人を標準とする単位において行われる必要があります。
在宅・入所相互利用加算の算定時に初期加算や退所に係る加算の算定は可能か。	在宅・入所相互利用加算を算定している場合には、初期加算の算定はできません。退所時の加算としては、退所前連携加算については、算定要件を満たせば、最初に在宅期間に移るときにのみ算定できることとする予定です。
医師や看護師が行う医療行為について病院や老人保健施設と同様に医療保険請求が可能とするようにすべき	指定介護老人福祉施設の配置医師の医療行為は、基本的な診療以外は、医療保険請求となります。
生活相談員の人員基準を 100 名定員で 2 名以上とすべき	サービスの質の確保については、必要な措置を講じているところです。
介護支援専門員の人員基準の専任化を義務づけるべき	指定介護老人福祉施設の介護支援専門員については、常勤専従としており、施設内の他の職務に従事することができるのは入所者の処遇に支障がない場合に限っています。

介護老人保健施設

ア 試行的退所サービス費の創設

入所者であって退所が見込まれる者が、在宅において試行的に訪問介護等のサービスを利用する場合に、当該期間、施設サービス費に代えて算定する
試行的退所サービス費を創設する(1 月につき 6 日を限度)。
※施設はこのサービス費の範囲内で、訪問介護事業所等と契約して在宅サービス提供を行う。

試行的退所サービス費(新設)⇒800 単位／日

＜解釈通知＞
① 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
②当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
③ 試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成とすること。
④家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
ハ 家屋の改善の指導
ニ 当該入所者の介助方法の指導
⑤ 試行的退所加算算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、5の(13)の①及び②を準用する。1回の試行的退所加算が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは6日以内とする。
⑦ 利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベットを短期入所療養介護に活用することは可能であること。
この場合において試行的退所加算を併せて算定することは可能であること。
⑧ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問78)「試行的退所サービス費」が新設されたが、この場合、施設の定員の扱いは	(答) 外泊の取扱いと同様とする。

外泊と同じでよいか。	
（問７９）「試行的退所サービス費」について、居宅サービスとは、介護給付の対象となっているもの全てが含まれるのか。また、訪問介護事業所等と契約してとあるが、契約とは、居宅サービス事業所と施設間で費用（利用料金）の設定をして、１日８００単位の中から施設が居宅サービス事業者へ支払うこととされているが、その額は介護報酬単位のまま支払うこととするのか。	（答） 介護給付の対象となっている居宅サービス全てが含まれる。また、試行的退所サービスについては、老人保健施設と訪問介護事業所等の契約により在宅サービスを行うことになるが、その費用については事業所間の契約によって定められる。
（問８０）在宅期間についてのケアプランは、施設サービス計画と別に作成するのか。	（答） 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成することとなる。その内容は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成することが求められている。
（問８１）試行的退所サービス費を算定しない日に外泊時費用をとびとびに算定することは可能か。	（答） 試行的退所サービスは、退所して居宅において療養を継続する可能性が高い者に対して、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成し、当該計画期間内に実際に居宅サービスを提供し、在宅復帰を目指すことを目的とした加算であり、外泊時加算とはその趣旨が異なるものであるから、併せて算定することは考えていない。

イ サテライト型老人保健施設サービス費の創設

地域の中に立地し、在宅に近い生活環境の下で在宅復帰の支援を行う小規模（29 人以下）の老人保健施設について、 基準の緩和等を図りつつ、報酬上評価する。

※ 単位数は、介護老人保健施設と同じ。

算定は 180 日を限度とする。

ウ リハビリテーション機能加算の見直し

現行のリハビリテーション機能強化加算を見直し、個別のリハビリテーション計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスを実施するとともに、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーションを評価する。

（旧） リハビリテーション機能強化加算 → 30 単位／日	（新） リハビリテーションマネジメント加算 25 単位／日
	短期集中リハビリテーション実施加算 （入所後 3 か月以内） 60 単位／日

1)リハビリテーションマネジメント加算＜解釈通知＞

① リハビリテーションマネジメントは、入所者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。また、個別リハビリテーションは、原則として入所者全員に対して実施するべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として入所者全員に対して実施するべきものであること。
② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。
　イ　入所時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、薬剤師、支援相談員、栄養士、介護支援専門員その他職種の者（以下「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
　ロ　リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね2週間以内に、その後概ね3ヶ月毎に関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
　ハ　退所の前に、関連スタッフによる退所前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、退所後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。
　ニ　退所時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や入所者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。
③ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとすること。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問84）リハビリテーション機能加算の見直しに関して、旧加算においては50：1以上の理学療法士、作業療法士等の人員配置が必須とされていたが、今回のリハビリテーションマネジメント加算においては、人員基準は特に定められていないのか。	（答） 老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算はサービス提供体制そのものを評価した加算ではないため、最低基準である入所者：理学療法士等＝100：1以上の人員基準しか規定されていない。 ただし、リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては１対１ のリハビリテーションを週2回実施することが求められているため、相応の体制は必要と考える。

2)短期集中リハビリテーション実施加算（新設）⇒（入所後3か月以内）60単位／日

＜厚生労働省告示第125号＞官報号外第54号196頁
　入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき60単位を所定単位数に加算する。ただし、この場合において、リハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。

＜解釈通知案＞
1）短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、1週につき概ね3 日以上実施する場合をいう。
2）当該加算は、当該入所者が過去3 ヶ月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。

【2月22日ブロック会議厚生労働省説明】
老健において実施していた個別リハビリテーション加算について、さらに専門性及び基準を高めるべきとの意見を反映し、リハビリテーションマネジメント加算を創設した。なお、新設した短期集中リハビリテーション加算及び認知症短期集中リハビリテーション加算については、リハビリテーションマネジメント加算が実施されていることが、算定要件である。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問85）短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別的なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という時間的な条件があるのか。	（答） 介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。

エ 認知症ケアの見直し
① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
軽度の認知症の入所者に対して在宅復帰に向けた生活機能の回復を目的として実施される短期集中的な個別リハビリテーションを実施した場合に加算する。
　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（新設）⇒（入所後 3 か月以内）60単位／回

認知症短期集中リハビリテーション実施加算
＜厚生労働省告示第125号＞官報号外第54号196頁
　軽度の認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する介護老人保健施設が、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3回を限度として1回につき60単位を所定単位数に加算する。ただし、この場合において、リハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。

＜解釈通知案＞
① 認知症短期集中リハビリテーションは、軽度の認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3 回、実施することを標準とする。（1週に3回を限度）
② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリ

ハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
④ 当該リハビリテーションにあっては、一人の医師又は理学療法士等が一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20 分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20 分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。
⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね１５点～２５点に相当する者とする。
⑦ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されること。
⑧ 注5 の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。

② 認知症専門棟加算の見直し
ユニットケアの普及等を踏まえ、算定要件について、 施設・設備を中心とした従来の要件から、個別ケアの実施へと見直す。
　認知症専門棟加算 76 単位／日⇒算定要件に個別ケアの要件を追加

認知症ケア加算＜解釈通知＞

① 注7において「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認め有られることから介護を必要とする認知症の入所者」とあるのは、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はM に該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。
② 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準とする。
　イ 日中については利用者１０人に対し常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
　ロ 夜間及び深夜については、２０人に１人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
③ ロ ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。

パブリックコメント	厚生労働省の回答（3月14日）
試行的退所サービス費について、自宅に帰った後在宅サービスを使う場合、800単位の中からやりくりをして、この間籍をおいている施設には報酬が入らない、という解釈でよいか。	試行的退所サービス費用で自宅に帰った利用者のサービスを行っていただくことになりますが、試行的退所期間中、利用者の同意があればそのベットを短期入所療養介護に活用することは可能です。
認知症ケア加算について、各単位の固定した職員とは具体的にどのような職種と人員配置を指すのか。	認知症のケアを行うに当たっては、継続性を重視しサービスの提供に配慮する必要があると考えています。このため、介護職員等が入居者の個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、いわゆる「馴染みの関係」を形成できる配置をしてください。

【3月22日 Q&A（vol.1）】 （問82）入所者10人程度のサービスの中身は、食事・排泄・入浴等のケアやアクティビティケアの実施をその単位ごとに実施することとなるのか。	（答） 認知症専門棟の従業者の勤務体制については、継続性を重視したサービス提供に配慮するため、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」を作ることが重要であることから10人単位の勤務体制を標準としたところ。 施設における介護サービスは、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようその者の心身の状況等を踏まえてその者の療養を適切に行うこととされており、画一的なサービスとならないよう配慮されたい。
（問83）サービスを行う単位ごとの入所者数が10人を標準とするとされているが、10人を超えて何人まで認められるか。また、居室を単位ごとに区分する必要はあるか。	（答） 各施設の設備構造や介護の状況等により各県で判断して差し支えない。

介護療養型医療施設

ア リハビリテーションの見直し（特定診療費）

① リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算の創設

現行の「リハビリテーション計画加算」、「日常動作訓練指導加算」を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーション等を評価する。

（旧） リハビリテーション計画加算　→ 480 単位／月	（新） リハビリテーションマネジメント加算 25 単位／日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設において、指定介護療養施設サービス（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている入院患者に対して、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

※　厚生労働大臣が定める基準の内容は以下のとおり。
イ　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入院患者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していること。
ロ　入院患者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行っているとともに、入院患者の状態を定期的に記録していること。
ハ　入院患者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
ニ　リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

短期集中リハビリテーション実施加算の創設

（旧） 日常動作訓練指導加算　→ 300 単位／月	（新） 短期集中リハビリテーション実施加算 （入所後 3 ケ月以内）　60 単位／日

指定介護療養型医療施設において、指定介護療養施設サービス（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている入院患者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入院した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、この場合において、リハビリテーションマネジメントを算定していない場合は、算定しない。

リハビリテーション体制強化加算※（新設）⇒　35 単位／回
※算定要件
理学療法Ⅰ、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上加配した場合に算定できる。

理学療法Ⅰ	介護療養型医療施設（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む）において、専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、1回につき35単位を所定の単位数に加算する。
作業療法	介護療養型医療施設（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む）において、専従する常勤の作業療法士を2名以上配置し、作

	業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、1回につき35単位を所定の単位数に加算する。
言語聴覚療法	介護療養型医療施設(短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む)において、専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置し、言語聴覚療法を行った場合に、1回につき35単位を所定の単位数に加算する。

【2月22日ブロック会議・厚生労働省説明】
介護療養型施設においての理学療法(Ⅰ)(作業療法・言語聴覚療法についても同様)については、介護の分野では濃密であり必要性が低いため廃止することとした。しかし、PT・OT等の専門職を配置していることから、リハビリテーション体制強化加算を新設し評価することとした。

② 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の見直し
維持期のリハビリテーションの特性に応じた体制等を評価する観点から理学療法(Ⅰ)、作業療法(Ⅰ)、言語聴覚療法(Ⅰ)を廃止し、報酬区分を見直す。
(理学療法)
理学療法(Ⅰ)250 単位／1 回　(廃止)
理学療法(Ⅱ)180 単位／1 回 ⇒理学療法(Ⅰ)180 単位／1 回
理学療法(Ⅲ)100 単位／1 回　理学療法(Ⅱ)100 単位／1 回
理学療法(Ⅳ) 50 単位／1 回　理学療法(Ⅲ)50 単位／1 回

(作業療法)
作業療法(Ⅰ)250 単位／1 回 ⇒(廃止)
作業療法(Ⅱ)180 単位／1 回　作業療法　180 単位／1 回
(言語聴覚療法)
言語聴覚療法(Ⅰ)250 単位／1 回⇒(廃止)
言語聴覚療法(Ⅱ)180 単位／1 回　言語聴覚 療法 180 単位／1 回
③ 療養環境の改善
療養環境減算については、減算率を拡大するとともに、一定の療養環境を満たさない施設については、現行の経過措置を廃止する。

			(指定対象からはずす時期)
療養病床療養環境減算Ⅰ	▲15 単位		▲25 単位
療養病床療養環境減算Ⅱ	▲75 単位		▲85 単位(平成 20 年 4 月)
療養病床療養環境減算Ⅲ	▲105 単位	⇒	▲115 単位(平成 19 年 4 月)
診療所療養病床療養環境減算Ⅰ	▲50 単位		▲60 単位(平成 20 年 4 月)
診療所療養病床療養環境減算Ⅱ	▲90 単位		▲100 単位(平成 19 年 4 月)

【3月22日 Q&A(vol.1)】 (問86)介護療養型医療施設における療養環境減算については、基準省令(厚生省令第41号)で経過措置が設けられているものの、一定の	(答) 都道府県におかれては療養環境減算の強化、経過措置の廃止等の趣旨に沿って、適切な指導をお願いしたい。

基準を満たさない施設はその後の経過措置が廃止されることとなっているが、平成18年4月以降で新規に当該施設の申請を行いたい病院が、廃止される経過措置に該当している場合であっても指定を行うとができるのか。また、既に指定を受けた当該施設が、廃止される経過措置に該当している場合であっても、増床の申請をすることはできるのか。	

ウ 医療保険との機能分担、医療法改正に伴う見直し

① 重度療養管理加算の見直し

医療保険との機能分担を図る観点から、常時医学的な管理が必要な状態にある者に対する加算である重度療養管理加算（120 単位／日）については、平成 21 年 3 月 31 日をもって廃止する。

② 老人性認知症疾患療養病床の見直し

医療法改正による精神病床の看護配置の見直しに係る経過措置が終了することに伴い、看護配置の評価の見直しを行う。

＜リハビリテーション加算のまとめ＞

＜平成18年4月21日・平成18年4月改定関係 Q&A（vol.3）の送付について＞

サービス名	基本部分・加算について	個別リハビリテーションの必要性	回数・時間	算定期間	備考
訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）	リハビリテーションマネジメント加算	要	ー （リハビリテーションの回数・時間については、リハビリテーションマネジメントの結果に応じて設定すること）	実施日	
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね2回以上 20分以上／日	実施日	退院・退所日又は認定日から3月以内
通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	要	ー （リハビリテーションの回数・時間については、リハビリテーションマネジメントの結果に応じて設定すること）	実施日 （個別リハビリテーションを実施していない日においても算定可）	個別リハビリテーションの実施を要件とする （集団リハビリテーションのみ実施は不可）
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	3月以内：1週に概ね2回以上40分以上／日 3月超：20分以上／日	実施日	リハビリテーションマネジメントの実施を要件とする 退院・退所日又は認定日から3月以内・3月超も算定可
介護老人保健施設サービス	リハビリテーションマネジメント加算	要	ー （リハビリテーションの回数・時間については、リハビリ	入所期間中 （リハビリテーション実施期間中）	個別リハビリテーション（1週に概ね2回以上20分以上／日）

			テーションマネジメントの結果に応じて設定すること）		の実施を要件とする（集団リハビリテーションのみ実施は不可）
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね3日以上 20分以上／日	実施日	リハビリテーションマネジメントの実施を要件とする 入所日から3月以内
	認知症短期集中リハビリテーション加算	要	20分以上／日	実施日	算定は1週に3回を限度とする 入所日から3月以内
介護療養型施設サービス（特定診療費）	理学療法・作業療法・言語聴覚療法・摂食機能療法	要	20分以上／日	実施日	
	リハビリテーションマネジメント加算	要	― （リハビリテーションの回数・時間については、リハビリテーションマネジメントの結果に応じて設定すること）	入所期間中 （リハビリテーションマネジメント実施期間中）	個別リハビリテーション（1週に概ね2回以上20分以上／日）の実施を要件とする（集団リハビリテーションのみ実施は不可）
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね3日以上 20分以上	実施日	リハビリテーションマネジメントの実施を要件とする 入所日から3月以内

※参考・・・認定日については、介護保険法第27条第1項に規定する要介護認定を受けた日（平成18年3月14日官報号外第54号厚生労働省令告示第123号178頁で「認定日」を読み替えており、同じ告示内により、該当箇所181頁も読み替え適用あり）

＜国に再照会→回答あり（平成１８年５月１日）＞

〇通所リハビリテーション

・リハビリテーションマネジメント加算・短期集中リハビリテーション加算

１、リハビリテーションマネジメント加算について、計画を作成しているが、利用者の体調不良等により個別リハが実施できなかった日は算定が可能か。	計画では実施する予定であったが、利用者の体調不良等の正当な理由があり、実施できなかった場合は、算定可能。ただし、実施できない日が頻繁にある場合は、計画の見直しも考慮する必要がある。
２、法改正前の個別リハビリテーション加算について、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士１人につき１日１８回を限度とする。」となっていたが、改正後はどのようになったか。	法改正後に当該通知はなくなったが、１８回の制限の主旨は１日の労働時間が過剰にならないということであり、法改正後についても、事業所の定められた労働時間を超過しないように回数を定めてもらいたい。
３、短期集中リハ加算について、複数の通所リハ事業所でそれぞれ週２回４０分以上実施していれば、両方で算定できるか。	双方で情報を共有し検討した結果、加算に該当するリハビリテーションが必要であると判断され、計画が策定されれば、両方での算定は可能。 ただし、両方での算定を行うべきかは、計画の見直しの際に検討する必要がある。
〈同様の質問で１０月１９日に国へ照会し回答があったため削除〉	―
４、短期集中リハビリテーション実施加算について、概ね週２日の「概ね」とは。	リハビリテーション実施予定日にショートステイを利用する必要が生じた場合や体調不良で行えなかったなど、例外的に週２日行えなかったことを想定している。 その場合はどうしても行えなかった理由を実施記録等に必ず明記すること。

＜国に再照会→回答あり（平成１８年５月８日）＞

制度改正 Ｑ＆A(VOL3)の別紙1「リハビリテーション等に係る算定内容の取扱いについて」のリハビリテーションマネジメント加算について、算定期間における実施日（個別リハビリテーションを実施していない日においても算定可）とあるが、実施日というのは、個別リハビリテーション提供日のみであるか。	適切なリハビリマネジメントの結果、個別リハビリテーションが計画されており、それにより個別リハビリテーションが実施していれば、リハビリテーションマネジメント加算については、個別リハビリテーション提供日だけでなく、それ以外の日（集団リハビリテーションのみを行った日）も算定可能。

＜訪問リハビリテーション＞

（問6）短期集中リハビリテーション実施加算について、退院（所）後に認定がなされた場合の起算点はどちらか。逆の場合はどうか。	（答） 退院後に認定が行われた場合、認定が起算点となり、逆の場合は、退院（所）日が起算点である。
（参考） 「退院（所）日」と「認定日」の定義について	＜平成18年3月14日官報号外第54号178頁より＞ 「退院（所）日」について、「利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」 「認定日」について、「介護保険法第27条第1項に規定する要介護認定を受けた日」~~（脚注：初回の認定のみ）~~ （以前要介護認定を受けた者が要支援になり、再度要介護となった場合も対象となる。） **※（通所リハビリテーション~~、介護老人保健施設~~も同義）**

＜通所リハビリテーション＞

（問53）リハビリテーション実施計画書の様式は示されるのか。	（答）「リハビリテーション実施計画書」については、新しい様式等について別途通知する予定である。
（問54）リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は1単位に対して常勤換算方法で0．2以上の人員基準を満たしていれば問題ないか。	（答） リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を創設したものであり、体制は現行のままでも要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。
（問55）リハビリテーションマネジメント加算について、原則として利用者全員に対して実施することが必要とされているが、実施しない人がいても良いのか。	（答） 利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての利用者について計画を作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。
（問56）利用者ごとのリハビリテーション計画を作成したが、集団で実施するリハビリテーションで十分なため、1対1で実施するリハビリテーションを実施しなかった場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定することが可能か。	（答） リハビリテーションマネジメント加算の対象としているリハビリテーションは、リハビリテーション実施計画に基づき利用者ごとの1対1のリハビリテーションによることが前提であり、集団リハビリテーションのみでは算定することはできない。なお、1対1のリハビリテーションの提供を必須とするが、加えて集団リハビリテーションの提供を行うことを妨げるものではない。

＜老健＞

（問84）リハビリテーション機能加算の見直しに関して、旧加算においては50：1以上の	（答） 老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算はサービス提供体制そのものを評価した加算ではないため、最低基準である入所者：理学療法士等＝100：1以上

理学療法士、作業療法士等の人員配置が必須とされていたが、今回のリハビリテーションマネジメント加算においては、人員基準は特に定められていないのか。	の人員基準しか規定されていない。 ただし、リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては1対1 のリハビリテーションを週2回実施することが求められているため、相応の体制は必要と考える。
（問85）短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別的なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という時間的な条件があるのか。	（答） 介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。

＜国に照会→回答あり（平成18年10月19日）＞
○通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

リハビリテーション関連の加算について、事業所の都合により実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うのか。算定できない場合はどの期間算定できないのか。	事業所側の都合により算定要件のリハビリ回数又は時間を実施できなかった場合は原則として認められない。その場合は、当該月で加算を算定しない。ただし、急に職員が休んだ等、やむを得ずある週で所定の回数又は時間が少なくなった場合でも、月平均で算定要件に適合するリハビリが実施され、月全体でみて個別リハビリ計画の目的を達成できたのであれば例外的に算定は可能。（なお、週ごとの回数又は時間に偏りがみられる場合は適切な実施と考えられないので算定不可。） （リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション加算、認知症短期集中リハビリテーション加算いずれの場合も同様の取扱いとする。）
短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定する場合の実施回数や時間はリハビリテーションマネジメント加算の時間も含まれるのか。	含まれる。